



**Maria Teresa Pereira
Serrano**

**Desenvolvimento de competências dos enfermeiros
em contexto de trabalho**



**Maria Teresa Pereira
Serrano**

**Desenvolvimento de competências dos enfermeiros
em contexto de trabalho**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didáctica realizada sob a orientação científica da Doutora Arminda Mendes Costa, Professora Coordenadora com Agregação no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e co-orientação da Doutora Nilza Vilhena Costa, Professora Catedrática do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro

Para vós: Tó, Paulo, João, Carolina e Bel.

O júri
Presidente

Doutor Amadeu Mortágua Velho da Maia Soares, Universidade de Aveiro

Doutor Rui Fernando de Matos Saraiva Canário, Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática da Universidade de Aveiro (co-orientadora)

Doutora Idália da Silva Carvalho Sá-Chaves, Professora Associada da Universidade de Aveiro.

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa, Professora Coordenadora com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (orientadora)

Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Agradecimentos

A realização desta tese não teria sido possível sem a colaboração, presença e apoio de diversas pessoas a quem gostaria de deixar expresso o meu agradecimento.

Às minhas orientadoras, Professora Arminda Costa e Professora Nilza Costa, um agradecimento especial. O desafio e estímulo intelectual proporcionado, a confiança depositada, as palavras amigas e presentes em momentos de alguma complexidade, tornaram-se incentivos presentes, fundamentais no percurso efectuado. Sinto-me privilegiada em ter usufruído da vossa orientação e amizade sentida.

À colega Ilda, pela sua presença, questionamento, incentivo e amizade, imprescindível no caminho traçado...; à Georgete pelo seu estimulante estar intelectual; ao José Manuel pelo olhar crítico, imprescindível, de quem vê uma problemática pelo lado de fora.

Aos colegas, pois a sua amizade e solidariedade constituíram factor determinante na preparação e desenvolvimento desta investigação. A todos, e a cada um em particular, o nosso muito obrigado.

Um agradecimento especial ao Instituto Politécnico de Santarém e ao Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem pela dispensa, abertura e flexibilidade de horário.

O ambiente de trabalho, o debate de ideias proporcionado ao longo da parte curricular do doutoramento, os seminários de investigação, o grupo de trabalho da saúde, enriquecido com as presenças das professoras Idália Sá-Chaves, Isabel Alarcão, e do professor Wilson de Abreu, foram imprescindíveis no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) pela abertura incondicional e disponibilidade mostradas.

Ao serviço de medicina, pela abertura e aceitação da nossa presença e por sermos considerados elementos da equipa. Obrigada pelo vosso carinho e amizade.

Aos enfermeiros e especialistas que concederam as entrevistas e a todos os que possibilitaram a observação participante. Esperamos ter sabido aproveitar e partilhar da melhor forma as experiências, vivências, conhecimentos e pensamentos.

Aos doentes e familiares, um obrigada pelas palavras sábias expressadas na vivência dum contexto difícil, como o serviço de medicina hospitalar.

Agradecimentos

A todos e a cada um dos colegas do doutoramento, pela amizade, riqueza de ideias e troca de conhecimentos, além dos momentos vividos em encontros.

Aos meus amigos e à comunidade de Riachos pela minha ausência nos momentos significativos.

Aos meus familiares, um agradecimento muito especial, pelo incentivo, sorriso, presença e apoio incondicional. Obrigada pela vossa compreensão

Palavras-chave

Enfermagem, competências, interacções diádicas, habitus e aprendizagem organizacional.

Resumo

Actualmente os contextos de trabalho têm-se centrado na flexibilidade dos processos de trabalho (Bagnato, s.d.), na vertente científica e técnica e no desenvolvimento de competências (Comissão Europeia, 2001), colocando-se a tónica no conceito de gestão por competências e fazendo-se apelo a estas como resposta aos objectivos das organizações. O profissional deve ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, a resolver situações de grande indefinição ou a adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade, como o que se observa com as situações de cuidados. Na prática efectiva-se a relação entre competências e exercício profissional, implicando-se o contexto como factor de desenvolvimento de competências e de confronto com o fazer e o saber fazer.

O que se pretendeu indagar com a presente investigação foi *o modo como os enfermeiros desenvolvem as competências do cuidar em enfermagem num serviço de medicina hospitalar e quais as determinantes desse processo*. Para tal, considerámos um estudo de caso, o serviço de medicina hospitalar do Centro Hospitalar Médio Tejo, e o caso, os enfermeiros deste serviço. O trabalho empírico baseou-se num estudo de cariz qualitativo, etnometodológico que privilegiou a presença do investigador no contexto, a observação participante, entrevistas etnográficas e semi-estruturadas a enfermeiros e outros informantes privilegiados, além de análise documental. A triangulação de dados e de fontes, suportada em paradigmas de clarificação do desenvolvimento de competências, permitiu conjugar e consolidar as diversas fontes de informação, numa atitude crítica e construtivista face ao objecto em estudo.

O tratamento da informação recolhida foi efectuado num percurso recursivo entre o contexto (serviço de medicina), a análise da observação participante (Spradley, 1980) e a análise de conteúdo (Miles e Huberman, 1994) com o apoio de programa informático Nud*1st 6. Como principais conclusões identificamos: um habitus do serviço caracterizado por partilha colectiva de significados e que determina o modo como se cuida; uma organização estruturada mediada pela supervisão da enfermeira chefe e que promove a integração de esquemas de acção; a ocorrência de interacções diádicas e situações complexas promotoras de um processo reflexivo e de transformação de competências; a construção da experiência centrada num processo reflexivo sobre a prática, em articulação com a dimensão cognitiva, afectiva e com estratégias de aprendizagem; um clima e cultura organizacional promotora de aprendizagem organizacional a nível micro (foco na socialização individual e processo sistema) e a nível macro (foco na cultura). O desenvolvimento de competências integra assim, um sistema auto-eco-organizativo, a nível pessoal (microssistema), do serviço (mesossistema), da organização (macrossistema) e ao longo do tempo (cronossistema). Enquanto percurso investigativo novas questões surgiram como o papel educativo das lideranças nas equipas de saúde, a multiprofissionalidade no cuidar da pessoa / família e a função da cultura organizacional no desempenho dos profissionais de saúde.

keywords

Nursing, Competencies, Dyadic Interactions, Habitus and Organisational Learning

Abstract

Nowadays the work context is mainly focused on the flexibility of work processes (Bagnato, s.d.) in their scientific, technical and competencies development approach (European Commission, 2001); the emphasis is on the concept of management by competencies using them as answers to the organization goals. The professional has to be able to adapt to different working contexts and its functions, to situations of great uncertainty or to adapt to those that have unpredictability in the outcome, as it is observed in the healthcare situations. While practicing, the relation between competencies and the professional exercise becomes effective, becoming the context the development factor of competencies and of conflict between doing and knowing how to do.

The aim of this research is to study the way nurses develop care competencies in nursing on a hospital service and which are the determinants of this process. To achieve this purpose, a case study was considered, the hospital service of the Centro Hospitalar Médio Tejo, and the case, the nurses of this service. The empirical work was based in a qualitative study, an ethno methodological study which privileges the presence of the researcher in the context, a participant observation, ethnography and semi structured interviews to nurses and other privileged informants, besides documental analysis. The data and sources triangulation, supported in clarifying paradigms of the development of competencies allowed conjugating and consolidating the different sources of information in a critic and constructive attitude towards the object in study.

The analysis of the data collected was done recursively between the context (the medicine service), analysis of participant observation, (Spradley, 1980), and of qualitative content analysis (Miles and Huberman, 1994) with the help of the computer program Nud*Ist 6. The main conclusions identified were:

The habitus of the service characterized by a collective sharing of knowledge that determines how to care; a structured organization managed under the chief nurse's supervision that promotes the integration of action schemes; the existence of dyadic interactions and complex situations that promote a reflexive process and a change of competencies; an experience construction centered in a reflexive process on practice, in an articulation of cognitive and affective dimensions, with learning strategies; an organizational culture and climate that supports the organizational learning on a micro level (focus on individual socialization and system process), and macro level (focus on culture). The development of competencies integrates an auto-eco-organizational system in different levels personal (microsystem), service (mesosystem), organisational (macrosystem), and lifelong time (chronosystem).

During the time that investigation, a new questions it was suggest like the role of leadership in healthcare teams, multiskilling in caring of the person / family and the role of organizational culture in the performance of heath care professionals.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	XI
INTRODUÇÃO.....	1
PRIMEIRA PARTE - A ENFERMAGEM E A MULTIPLICIDADE DE OLHARES	7
CAPÍTULO I - ENFERMAGEM E PROFISSÃO	9
1. A ENFERMAGEM: DA DISCIPLINA À PROFISSÃO.....	11
2. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM: UMA RESENHA TEÓRICA E HISTÓRICA	17
3. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL: SOCIALIZAÇÃO E HABITUS.....	23
4. O PROCESSO DE CUIDAR E A CONCEPÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
CAPÍTULO II - O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL	33
1. AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E A ENFERMAGEM.....	35
2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONTEXTOS DE FORMAÇÃO E APRENDIZAGEM	41
3. APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL: SUPERVISÃO, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA	45
4. O CLIMA E CULTURA: DIMENSÕES DA APRENDIZAGEM EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL	57
5. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL.....	61
CAPÍTULO III - OS ACTORES NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	71
1. O PENSAMENTO COMPLEXO E O CONHECIMENTO DOS ACTORES NA ORGANIZAÇÃO	73
2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ACTORES E CONTEXTO	77
SEGUNDA PARTE - A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO: OS CONTORNOS METODOLÓGICOS	93
CAPÍTULO I - DA PROBLEMÁTICA AO MODO DE INVESTIGAÇÃO	95
1. A PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO	97
2. O CONTEXTO DE TRABALHO: SERVIÇO DE MEDICINA DO HRSI.....	99
3. A INVESTIGAÇÃO E OS EIXOS DE ANÁLISE.....	105
CAPÍTULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS	113
1. TIPO DE ESTUDO.....	115
2. O ACESSO AO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	121
3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	125
3.1. - ENTREVISTA.....	126
3.2. - OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	131
CAPÍTULO III - A COMPLEXIDADE DO CONTEXTO: O DESENLACE DOS DADOS	139
1. ANÁLISE DOS DADOS	141

TERCEIRA PARTE - O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS: UM COLECTIVO EM INTERACÇÃO	155
CAPÍTULO I - CUIDAR NO SERVIÇO DE MEDICINA	157
O PROCESSO DE CUIDAR	159
1. AS INTERVENÇÕES / ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM	167
1.1. ACOLHIMENTO.....	180
1.2. COLHEITA DE DADOS.....	181
1.3. ALIMENTAÇÃO.....	183
1.4. HIGIENE.....	185
1.5. MOBILIDADE	191
1.6. ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA.....	194
1.7. A PASSAGEM DE TURNO.....	196
1.8. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA.....	199
CAPÍTULO II- AS DÍADES DE CUIDADOS.....	209
AS DÍADES DE CUIDADOS	211
1. O ENFERMEIRO E O DOENTE / FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA.....	215
2. O ENFERMEIRO E O ESTUDANTE	233
3. O ENFERMEIRO E OS ELEMENTOS DA EQUIPA.....	241
4. O ENFERMEIRO E A EQUIPA MÉDICA	253
CAPÍTULO III - CAPÍTULO III – OS SABERES PROFISSIONAIS: UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS.....	269
A CONSTRUÇÃO DOS SABERES E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	271
1. HISTÓRIA DE VIDA: A EXPERIÊNCIA FORMADORA	273
1.1. VIVÊNCIA EXPERIENCIAL	273
1.2. A FORMAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	278
1.3. APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL	284
2. OS SABERES PROFISSIONAIS: A IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	289
2.1. GESTÃO: O ENFERMEIRO GESTOR DE CUIDADOS.....	295
2.2. FORMAÇÃO: O ENFERMEIRO FORMADOR / ORIENTADOR.....	298
2.3. REFLEXÃO: O ENFERMEIRO PRÁTICO-REFLEXIVO.....	302
CAPÍTULO IV- A ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS A ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	303
A ORGANIZAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	305
1. O CLIMA: A CARACTERÍSTICA DE UM HABITUS.....	307
2. A CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA DETERMINANTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	323

CAPÍTULO V- UM NOVO OLHAR SOBRE AS COMPETÊNCIAS: AS CONCLUSÕES	333
UM NOVO OLHAR SOBRE AS COMPETÊNCIAS: AS CONCLUSÕES	335
BIBLIOGRAFIA	357
BIBLIOGRAFIA	359

ÍNDICE DE DIAGRAMAS E QUADROS

INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. O conceito de aprendizagem experiencial	49
Diagrama 2 - Ciclo colectivo aberto.....	52
Diagrama 3 - Processo de Aprendizagem Experiencial de Kolb.....	55
Diagrama 4 - Modelo Base do Ciclo de Conversão de Conhecimento de Nonaka e Takeuchi.....	74
Diagrama 5 - Modelo de Bronfenbrenner	85
Diagrama 6 – Serviço de medicina – esquema da unidade	100
Diagrama 7- Dimensões do processo de desenvolvimento de competências.....	108
Diagrama 8 - Paradigma de desenvolvimento de competências baseado no modelo de Bronfenbrenner.....	111
Diagrama 9 – Novas formas de conceber as práticas clínicas	119
Diagrama 10 - Observação participante segundo Spradley.....	132
Diagrama 11– Codificação axial do microssistema.....	142
Diagrama 12 – Modelo de análise da investigação e matriz da categorização da observação participante.....	143
Diagrama 13 – Relação entre as interacções nas situações de cuidados, a complexidade, os sistemas em análise e o desenvolvimento de competências.	148
Diagrama 14 – Fases da análise dos dados na etnometodologia	149
Diagrama 15 – Eixos do desenvolvimento das competências	150
Diagrama 16 – Observação participante – fases e elementos da análise	152
Diagrama 17 - A situação de cuidados e a mobilização do conhecimento estético e empírico em enfermagem	184
Diagrama 18 – O processo de cuidados na interacção diádica de cuidados	206
Diagrama 19 – Transformação do conhecimento na acção e com experiência	243
Diagrama 20 – Processo de desenvolvimento de análise reflexiva sobre uma situação problema da prática de cuidados baseado em Johns (1993) e Burnard (1996).	294
Diagrama 21 – Criação do clima: significado inter-subjectivo	319
Diagrama 22 – Criação do clima – auto-referenciação	320
Diagrama 23 – Criação do clima – subjectividade genérica	320
Diagrama 24 - Eixo do desenvolvimento de competências dos enfermeiros	Erro! Marcador não definido.
Diagrama 25 - Eixos determinantes do desenvolvimento de competência	353

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo de reflexão estruturada.....	51
Quadro 2 - Análise de conteúdos dos conceitos de competência	82
Quadro 3 – Adaptado de tipologia dos processos de desenvolvimento de competências de Wittorski..	90
Quadro 4 - Fonte de dados correspondentes e eixos em análise	125
Quadro 5 - Exemplo de uma relação semântica	134
Quadro 6 - Domínios identificados da observação grande volta e mini volta – focos para a observação alargada	135
Quadro 7 - Relação entre o domínio (díades) e todos os termos encontrados.....	146
Quadro 8 Categorias identificadas nas entrevistas	151
Quadro 9 – Interações e os saberes dos actores no contexto de cuidar	160
Quadro 10- Processo de transformação de competências segundo dimensões da reflexão	162
Quadro 11 – As interações no serviço e a conversão do conhecimento	164
Quadro 12 - Relação entre os saberes, as unidades em análise e dimensões.....	272
Quadro 13 - O contexto e a relação com o clima organizacional e a cultura institucional.....	305

SIGLAS

AAM – Auxiliares de acção médica
AO – Aprendizagem organizacional
CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CoPS – Comunidades da prática
GQT – Gestão da Qualidade Total
HTN – Hospital de Torres Novas
ICN – International Council of Nurses
NGP – Nova Gestão Pública
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PPCT – Pessoa, Processo, Contexto e Tempo
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E – Sistema de Classificação de doentes por enfermeiro
SICD/E – Sistema de Informação para a gestão dos Hospitais.
SONHO – Sistema de Informação para Gestão de Doentes Hospitalares

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão de relação centrada em interacções onde cada pessoa, por vivenciar um projecto de saúde, se torna singular, único e indivisível num momento único de cuidado. A singularidade, pessoalidade e a exigência da qualidade da relação interpessoal, torna cada momento específico e especializado, complexo.

É na prestação de cuidados que nos confrontamos com as situações de grande complexidade que, como refere Hesbeen (2000), para cuidar, o complexo está omnipresente desde que se trate de prestar uma atenção individual à pessoa.

O avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas, tornando os profissionais de saúde “prisioneiros da abordagem científica do corpo humano, reduzindo-o a corpo objecto” (Ib. Opc.:16). O cuidar é muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, ou seja, como ser holístico e complexo, participante no acto de ser cuidado. O cuidar exige um olhar sempre atento, abrangente, de interacção e de integração, em que o todo suplante a soma das partes.

O processo de cuidar, pela sua especificidade, determina que o profissional desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do acto de cuidar e à mudança dos contextos.

Este facto tem, ao longo dos tempos, centrado a nossa atenção nas competências dos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem.

Na prática, vários estudos na área de enfermagem efectivam a relação entre competências e exercício profissional. Canário (1997) faz apelo à mobilização de um conjunto diverso de saberes, contextualizados e transformados em competências na relação com o doente; Costa (1994; 2002), identifica a prática profissional como geradora de conhecimentos, contribuindo para a formação quer pessoal, quer do grupo profissional e o hospital, como um espaço de confronto entre o *fazer*, o *saber* e o *saber fazer*. Os utilizadores de cuidados e os actores do contexto de trabalho são considerados participantes activos na produção de cuidados e na produção da formação, originando mudanças a partir dos percursos individuais e colectivos de formação. Para Dias (2002), o processo de formação em enfermagem tem implicações no desenvolvimento de competências com ênfase especial nas competências técnico-científicas, em detrimento das competências sócio afectivas e relacionais, porém, todas integrantes do processo. Abreu (1997) identifica uma relação estratégica entre os actores e o meio, reconhecendo no contexto a dimensão formativa, consubstanciada no conjunto de competências requeridas ao exercício do trabalho. Também Canário (1994) e Espiney

(1997) colocam a formação contínua ligada, indissociavelmente, do contexto e dos autores que a produziram.

Como constatamos, o contexto da organização dos cuidados de enfermagem, os diferentes actores, a interacção entre eles, a singularidade dos processos e a necessidade de uma resposta integrada à pessoa alvo dos cuidados, promovem o desenvolvimento de competências, não só ao nível individual mas, de uma capacidade colectiva, o que inclui tanto a lógica da organização do trabalho, como da gestão participativa (Costa, 2002).

A competência é, desta forma, um “movimento de transição de um saber ou de um saber – fazer para a realização desse mesmo saber” (Ib.:Opc.:70), sendo a sua operacionalização “o resultado da qualidade da interface entre o homem e a situação de trabalho” (Sá-Chaves, 2004:156).

Por outro lado, o desenvolvimento e mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho, fazem emergir as novas lógicas empresariais em que se procura valorizar o factor humano nas organizações a par com o desenvolvimento tecnológico. Este facto coloca os profissionais actores do processo de mudança, sendo um factor de competitividade no mercado de trabalho, onde os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências (Barbier, 1991).

A relação entre o *saber*, o *saber fazer* e o *agir* com competência nos contextos de saúde, tem levado a enfrentar imprevistos na situação de trabalho, o que, segundo Deluiz (2005) implica uma abordagem baseada no modelo de gestão por competência. No mundo do trabalho, em que se valorizam os altos níveis de escolaridade nas normas de contratação, na mobilidade e no acompanhamento individualizado da carreira, instiga-se à formação contínua e desvalorizam-se os antigos sistemas de hierarquização e classificação.

A carreira está ligada ao desempenho e à formação, havendo um deslocamento do conceito de qualificação profissional para o de competência profissional. Neste âmbito, pretende-se realçar, não só a posse dos saberes disciplinares escolares mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho.

A capacidade para aprender no contexto de trabalho, parece depender de experiências anteriormente desenvolvidas e da formação ao longo da vida, indispensáveis para apoiar os percursos profissionais que se constroem de forma bem mais complexa do que no passado (Cresson, 1996). Em Portugal, como nos restantes países da União Europeia, a reconceptualização da noção de saúde, o actual contexto sócio económico e tecnológico tem posto em evidência novos modos de organização do trabalho.

No início de 2003, muitos dos hospitais do sector público sofreram uma empresarialização do tipo “mixed bang” (Barros, 2004) que está a gerar mudanças na organização hospitalar. Verificou-se na década de 90 mais abertura dos hospitais para a importância da ciência e mobilização de novos métodos de gestão (Varanda, 2004).

As mudanças ocorridas têm abrangido a indústria, a política e a filosofia da saúde nomeadamente no que se refere à prática dos cuidados de saúde nas instituições hospitalares e comunitárias. Como refere Bagnato (s.d.) num estudo sobre Trabalho e Educação no contexto da saúde e desenvolvimento de competências, a evolução da organização do trabalho dá conta de que “as relações que têm lugar no mundo do trabalho apresentam diferentes elementos em relação ao que foi predominante até à década de setenta” (Ib. Opc:2). Verifica-se a invasão da flexibilidade quer nos processos de trabalho, quer nas relações de trabalho, bem como a passagem das relações individuais a relações de cooperação. Este facto é reforçado pelo Conselho Europeu (Comissão Europeia, 2001) quando especifica as estratégias de aprendizagem ao longo da vida, um espírito de colaboração – parceria – para que as estratégias sejam eficazes, a formação científica e técnica e de competências transversais.

Na prática articula-se a formação num processo de dialectização (Correia, 1988) fundamentada por aspectos teóricos e pela interrogação mútua entre a teoria e a prática. Também no exercício da profissão de enfermagem a experiência surge como um dos saberes de referência, a formação fundamenta a reflexividade crítica sobre as práticas e, no contexto, desenvolve-se a acção, a formação e reflecte-se a organização do trabalho de enfermagem (Gonçalves e Serrano, 2005). Como refere Le Boterf (1997) estamos no domínio da competência em que se exige a capacidade espontânea de integrar, mobilizar e transformar um conjunto de recursos, conhecimentos, saberes, aptidões, razões e atitudes, um contexto para fazer face aos problemas ou realizar uma tarefa. Este facto leva-nos a questionar não só a resposta dos enfermeiros no contexto de trabalho mas também da organização do trabalho e das organizações face às exigências do mundo do trabalho.

A postura de um novo profissionalismo, capaz de responder aos desafios da nova sociedade da globalização – “interdependência crescente dos actores, a hiper concorrência; a complexidade; a incerteza; a velocidade crescente da produção do conhecimento e da informação” (Trigo, 1999:3), parece ser uma resposta possível. Esta ideia é reforçada por Pair (2005:177), quando cita que as profundas alterações das sociedades

Conduzem inevitavelmente à renovação das competências requeridas dos trabalhadores: espírito crítico e responsabilidade em todos os níveis; autonomia no espaço e no tempo; capacidade de mobilizar seus conhecimentos para resolver problemas; passagem do concreto ao abstracto, e vice-versa; simbolização e

emprego de linguagens diversas; raciocínio, capacidades de se comunicar e de trabalhar em equipa, e criatividade.

Segundo Hughes (2005) as competências transversais, adquiridas durante a formação inicial, são susceptíveis de desenvolvimento ao longo da vida, “para responder aos novos desafios impostos pelo desenvolvimento social (...), onde a sociedade mundial atravessa um período de questionamento e de dúvida, no qual, as visões claras e convincentes tornaram-se raras” (Ib. Opc.:35).

Assim, torna-se necessário dar resposta aos modelos de gestão de competências onde cada sujeito deve responder aos objectivos das organizações com autonomia e independência, ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e às funções a desempenhar e resolver as situações de grande indefinição ou adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade.

Perante tais pressupostos o exercício de enfermagem num serviço de medicina hospitalar leva-nos a colocar a questão: como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem, e quais as determinantes desse processo?

A competência em Saúde surge como um conceito ancorado numa concepção construtivista. A ênfase é atribuída aos esquemas operatórios mentais e domínios afectivo e cognitivos superiores, à mobilização dos saberes, às habilidades, atitudes e valores, não apenas na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão sócio-política comunicacional e de inter-relações pessoais (Deluiz, 2005). A competência é mais do domínio do colectivo do que do individual, e o seu desenvolvimento efectua – se a partir de “construção de metodologias participativas de intervenção, (...) que permitem uma interacção fecunda e recíproca entre acção e conhecimento, entre os intervenientes exteriores e os actores a nível local” (Canário, 2000:64).

Um profissional com competência é aquele que exerce, num contexto profissional, a organização de trabalho, mobilizando recursos e relações interpessoais (Le Boterf, 1994), tem um sistema de referências – conhecimentos, recursos e qualidades pessoais (Tardif citado por Martin, 2003 e Le Boterf, 1994), implica um processo multidimensional, simultaneamente individual e colectivo com níveis de profissionalismo (Ib. Opc.), é visível na performance, ou seja, na aplicação efectiva (Guittet, 1994; Ordem dos Enfermeiros, 2003) e tem como finalidade encontrar as respostas apropriadas ao contexto e promover o desenvolvimento local (Reinold et Breillot, 1993).

Assim, questionamos: o modo como o contexto profissional promove o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros? a articulação entre o processo de aprendizagem dos enfermeiros e o desenvolvimento de competências profissionais? o processo de

desenvolvimento de competências profissionais no cuidar em enfermagem? as sinergias desenvolvidas pelos diferentes actores da equipa de saúde, na construção das competências profissionais dos enfermeiros?

Estas questões, na nossa perspectiva, assumem um interesse particular, dado poderem vir a constituir-se um contributo para a reflexão sobre a *compreensão da influência do contexto da prática no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, analisar os eixos estratégicos utilizados pelos enfermeiros no desenvolvimento de competências; compreender a influência de determinantes do desenvolvimento de competências na dimensão pessoa - enfermeiro e na dimensão organização, no contexto de uma unidade de medicina hospitalar.*

Tendo por base o objecto de estudo e os objectivos enunciados, centramo-nos nas práticas desenvolvidas, na interacção com o sujeito alvo dos cuidados, na equipa de saúde, na trajectória profissional / experiência de vida dos enfermeiros e no agir em situação. Articulamos desta forma os actores, os contextos e os saberes, dimensões em estudo, num processo dinâmico e interactivo.

O leque de conceitos definidos é indutor de um processo de constante adaptação e de redefinição do enquadramento metodológico permitindo a vivência no terreno, a relação com os actores, o contacto e o conhecimento das diferentes dimensões em jogo. Para responder a esta perspectiva, situamo-nos no paradigma qualitativo e interaccionista da construção da realidade cujo foco se situa no significado subjectivo dos objectos para os participantes e nas interacções, postura metodológica característica da Etnometodologia. O meio, ambiente natural onde a pessoa se encontra, é concebido como uma série de estruturas encaixadas e concêntricas, onde se verificam um conjunto de interacções.

Consideramos os “processos proximais”, como “formas particulares de interacção entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano”, articulando desta forma com a teoria de Bronfenbrenner (2002).

Nesta perspectiva, e em relação à dimensão empírica do estudo, os processos de recolha de dados, perspectivando a resposta possível às questões de investigação, foram a observação participante segundo Spradley (1980), as entrevistas etnográficas e semi estruturadas, além de análise documental. Estes foram sujeitos a análise de conteúdo, numa primeira fase, a priori. A metodologia utilizada pareceu-nos a resposta adequada aos fenómenos em estudo, à proximidade ao contexto e à imprevisibilidade e tempo em que ocorreram, evidenciando dinâmicas e características que pretendíamos apreender.

O enquadramento teórico e a pesquisa sistemática de teorias que justificavam os dados que íamos encontrando ao longo do percurso evolutivo da investigação permitiram encaminhar a leitura da realidade em estudo, orientando o percurso investigativo de recolha e de análise dos dados.

Como resposta do percurso investigativo, centra-se este relatório de investigação em três partes.

Uma primeira parte “a enfermagem e a multiplicidade de olhares” delimita o estudo teórico englobando três capítulos. O primeiro, envolve uma construção teórica sobre a enfermagem, disciplina e profissão e a sua evolução histórica. O segundo, contextualiza as organizações enquanto espaços de formação e aprendizagem, englobando de forma mais detalhada as questões ligadas ao clima e cultura organizacional, como factores promotores do desempenho profissional. A aprendizagem organizacional é discutida como elemento integrador das organizações e integrador do desempenho. O terceiro capítulo abarca o pensamento complexo e a construção do conhecimento num processo de desenvolvimento de competências.

A segunda parte do relatório “a construção da investigação: os contornos metodológicos” inclui três capítulos, descrevendo as estratégias e opções metodológicas que estiveram presentes na construção do objecto e objectivos do estudo; as opções tomadas em relação à metodologia, amostragem, técnicas de recolha de informação e análise dos dados.

A terceira parte, “o desenvolvimento de competências: um colectivo em interacção”, integra três capítulos, onde se discutem os três eixos em análise: os actores, o contexto e a organização e onde discutimos os dados encontrados validados com autores de referência.

Englobamos um último capítulo “um novo olhar sobre as competências”, onde reflectimos e contextualizamos as dimensões identificadas ao longo do percurso investigativo.

PRIMEIRA PARTE

A ENFERMAGEM E A MULTIPLICIDADE DE OLHARES

CAPITULO I

ENFERMAGEM E PROFISSÃO

1. A ENFERMAGEM: DA DISCIPLINA À PROFISSÃO

A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a questão da disciplina ou ciência, são questões que têm permanecido ao longo dos tempos.

A multi-profissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde, nos processos de vida, e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem suportam as práticas profissionais dos enfermeiros. Sabemos que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência e a autonomia de cada profissional nem um referencial¹ próprio que precise a contribuição específica no vasto domínio da saúde. No entanto, questões como a enfermagem enquanto disciplina e profissão continuam a colocar-se. Este facto, apesar do que se tem vindo a escrever ao longo dos tempos, continua a justificar uma preocupação sobre ambas pois, como refere Edwards (1999), a enfermagem, enquanto profissão com formação certificada, tem uma história muito recente, com início apenas no século. XIX.

A resposta às opções metodológicas desta investigação justifica a caracterização da enfermagem, pelo que iremos partir de afirmações já efectuadas e sustentar a realidade no contexto da enfermagem em Portugal.

A interligação da disciplina à profissão relaciona-se com o facto daquela necessitar da profissão para se desenvolver e vice-versa.

¹ Um referencial “descreve um conteúdo (finalidade, actividades, níveis de responsabilidade, de competências de modo suficientemente geral (o que obriga a redução) para ser comum ao conjunto dos profissionais do sector” (Leonardo da Vinci, 2004:32)

As inúmeras estratégias utilizadas para a revalorização profissional confrontam-se por vezes com obstáculos relacionados, por um lado, pela impossibilidade de abandono de prescrições médicas e, por outro, pela ausência de um corpo de tarefas mais complexos e autonomamente assumidos.

A questão colocada face à enfermagem enquanto disciplina tem vindo a ser esbatida, quer pela natureza dos cuidados, quer pela evidência científica das investigações. Por outro lado, a complexidade do objecto em estudo – a pessoa, enquanto ser humano, tem sido factor de desenvolvimento profissional porque é, simultaneamente, sujeito e objecto da própria intervenção, com as mesmas características, vicissitudes, fragilidades e complementaridades.

Este facto justifica a multiplicidade de olhares, a resposta à variedade de relações que se estabelecem nos comportamentos observados e são sustentados pelos vários paradigmas que têm contribuído com evidência científica para fortalecer as interações e a construção enquanto ciência (Monti & Tingen, 1999); Kim, 1997, Meleis, 1991),

Outro facto importante a considerar é a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem. Para Carper (1978), os saberes mobilizados centram-se num:

- Saber empírico ou ciência de enfermagem, identificado a partir da observação e validado por outros;
- Saber do domínio do conhecimento científico, baseado numa teoria, e sustentado por método científico com base num raciocínio lógico a partir de um problema identificado;
- Saber ético, que se fundamenta na interacção existente no processo de cuidar e que fundamenta todas e quaisquer tomadas de decisão em juízos ético-morais;
- Saber pessoal fundamental no contexto da interacção. Evidencia-se a competência que o enfermeiro tem de se conhecer, ou seja, qual o conhecimento que tem de si próprio e como o mobiliza na relação com o outro;
- Saber estético ou arte de enfermagem, mobilizado enquanto relação com o outro, ou seja, na busca de significado pessoal das próprias vivências como utilização (arte) em novas situações. Este facto traduz-se em momentos criativos pela unicidade e singularidade das situações.

Em quaisquer destes saberes, constatamos a mobilização de competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afectivas (a arte de cuidar), competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

Neste sentido, Lopes (2006), evidencia a totalidade dos saberes que se originam na prática e aí se recriam em cada cuidado. Estes saberes desenvolvem-se e transformam-se por processos próprios, assumindo-se como um conhecimento em enfermagem, determinado por um percurso efectuado, enquanto paradigma adoptado, o que tem caracterizado tanto a formação como a prática de

cuidados. Dos vários paradigmas que caracterizam o percurso da enfermagem, enquanto disciplina, salientamos os definidos por K  rouac (1994) e realçamos o seu contributo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Assim,

O paradigma da categoriza  o, o pensamento é orientado para a procura do factor causal a manifesta  es específicas, a saúde    vista não apenas como oposição    doença mas também pela “vontade de utilizarmos bem cada uma das nossas capacidades” (Nightingale 1885, citado em Kerouac, 1999:5). Neste paradigma, o enfermeiro é um *expert* em possuir conhecimentos sobre factores intervenientes na saúde, excluindo a pessoa da participação de cuidados. Estamos num paradigma caracterizado no “fazer por”.

O paradigma da integra  o, baseado na teoria da motivação, enfatiza a valorização do ser humano na sociedade. O cuidado de enfermagem    valorizado na dimensão física, mental e social. Enfatiza as percepções e a globalidade da pessoa e mobiliza os princípios da relação de ajuda no processo de comunicação interpessoal (Meleis, 1991). A saúde e a doença, apesar de entidades diferentes, coexistem e interagem. A t  nica é colocada nas relações multidisciplinares centrando os cuidados na pessoa e no ambiente.

O paradigma da transformação permite a compreensão no plano social, econ  mico e político. Realça a saúde como um valor, centrando-se na percepção da própria pessoa, nas suas crenças e valores sendo a pessoa um ser em relação com o seu meio interno e externo (Leininger, 1981). Neste paradigma, centramos a nossa realidade nas intervenções dos diferentes actores e na relação com a pessoa e o(s) meio(s).

A coexistência de múltiplos paradigmas indicia uma ciência forte e com potencial de desenvolvimento (Monti & Tingen, 1999). Neste sentido, Meleis (1991) e Martin (2004) referem a riqueza do percurso efectuado, as etapas e fen  menos e a qualidade e significância das questões colocadas face aos cuidados de enfermagem como constituintes de uma disciplina.

Parsons, referido por Martin (2003) define como critérios para as profissões da saúde, um alto nível de competências técnicas, uma longa formação escolar e o respeito por um código de   tica. Assim, verificamos em Portugal que a formação inicial em Enfermagem    de 240 ECTS (Dec. – Lei 353/99 de 3 de Setembro) e que deverá garantir a aquisição de competências profissionais de acordo com o quadro legal, definido pelo Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem - REPE (Dec. – Lei 161/96, de 4 de Setembro). Outro dos elementos que caracteriza a enfermagem como profissão refere-se    existência do perfil de competências definido para o enfermeiro de cuidados gerais pela Ordem dos Enfermeiros em 2003 e um código deontológico da profissão

(Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril –Secção II), salientando o mesmo, “um dever de hoje, do imediato a cumprir”, mais do que uma meta a alcançar, promovido pela Ordem dos Enfermeiros, órgão com poderes para regulamentar a profissão (Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Segundo Abbott (1988), o conhecimento académico e abstracto é universalmente importante para as profissões. Ele cumpre três objectivos distintos – legitimação, investigação e instrução. Cada um destes domínios desempenha papel importante na vulnerabilidade da jurisdição. A ausência de legitimidade contribui para a contestação dos profissionais, e a ausência do conhecimento científico induz ao enfraquecimento da jurisdição. A incapacidade de auto-formação da profissão poderá conduzir a uma condição de subordinação em relação à profissão dominante. Por outro lado, é fundamental o reconhecimento social da estrutura cognitiva da profissão, não bastando deter o conhecimento científico. Em Portugal, pelo que temos analisado, verificamos a evolução nas mudanças que se têm vindo a operar, a nível da formação, da legitimação da enfermagem e da verificação dos critérios atrás definidos, tem contribuído para a definição da enfermagem enquanto profissão.

Também o domínio da evolução dos cuidados de enfermagem é marcado por múltiplos desenvolvimentos na saúde e na formação. A capacidade de gestão da mudança e a construção da mesma constituem características dos enfermeiros e “serão com certeza o garante de desenvolvimentos seguros e enquadráveis na sociedade, à qual temos o dever de proporcionar respostas adequadas através do serviço que prestamos” (Costa, s.d: 8).

Sabendo que a intervenção na saúde se faz na inter profissionalidade, a acção no seio da equipa reside na permeabilidade ao outro e que esta é tanto mais eficaz quanto maior for a autonomia de cada profissão. É, pois, necessário ter bem definido o corpo de conhecimentos específico, ou seja, descrever minuciosamente as manifestações ligadas:

À vida, à adaptação quotidiana da pessoa, de um grupo; Ao funcionamento do corpo; Às reacções quer nos problemas de saúde ou de doença, quer no caminho da procura de sentido; Aos efeitos reais da prestação de cuidados e terapêuticas; Aos impactos dos actos profissionais em diversos escalões (Martin, 2004:18,19).

Neste sentido é histórico e clássico afirmar que o objecto de estudo da enfermagem é o cuidar do ser humano no seu meio, de forma única e singular, com envolvimento pessoal, social, moral e espiritual e um comprometimento para consigo e para com os outros. No entanto, a objectivação desses conhecimentos, na prática, é frequentemente questionada sendo necessário e importante para a enfermagem combinar o saber agir que mobiliza os conhecimentos, as habilidades e os recursos do profissional; o poder agir, determinado pelas condições do contexto e o querer agir, constituindo a prova de que a acção faz sentido para o profissional e que é reconhecido enquanto tal (Le Boterf,

1994). A conjugação destas dimensões põe em jogo a competência, fundamental ao cuidar em enfermagem e a performance, observada pelo sujeito alvo dos cuidados.

Estamos numa perspectiva de conhecimentos amplos em enfermagem (científicos, profissionais, éticos e relacionais) que se projectam em situações de bem-estar para o sujeito, e se traduzem no contexto da prestação de cuidados, pela forma como a interacção enfermeiro/cliente² se processa e pela resposta adequada, personalizada e subjectiva a cada situação de saúde/doença. No entanto, a sua análise, partilha e divulgação nem sempre se verifica.

Sendo a enfermagem um dos sectores mais representativos da saúde, não exclue a posição de “inferioridade” em termos de estatuto, de poder organizacional e, consequentemente, político, em comparação com a profissão dominante dos médicos. Este facto está associado a um espaço ainda limitado enquanto interlocutor político, o que determina uma visibilidade social nem sempre reconhecida, associada a alguma escassez de investigação científica centrada na própria enfermagem.

Lewis (2005), representante das Nações Unidas, numa conferência do International Council of Nurses – ICN refere em dado momento que “a profissão de enfermagem, quer internacionalmente,

² Na pesquisa utilizaremos, por vezes, o termo “cliente” como forma de referir a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. A opção por este termo relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante activo. Cliente, como aquele que troca algo com o outro e, não necessariamente, aquele que, numa visão economicista, paga. (Conselho de Enfermagem, 2002:40).

quer em cada país individualmente, nunca é levado suficientemente a sério (...) os conhecimentos nunca são adequadamente considerados como sendo valiosos (...) não se têm valorizado as contribuições feitas pelos enfermeiros em várias áreas”.

No entanto, vão-se observando indícios de mudanças satisfatórias em algumas organizações, onde grupos de enfermeiros começam a desenvolver e a registar um papel relevante em “ganhos em saúde”.

É desta forma que pretendemos situar a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, e enfatizar com a visão de Martin (2004) que “uma disciplina nasce como uma nova forma de encarar o mundo”.

Neste sentido, e perspectivando uma nova enfermagem, sentimos necessidade de identificar junto dos profissionais do cuidar, as dimensões que contribuem para um desenvolvimento de competências e a consciência das mesmas na interação com os clientes em contexto.

2. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM: UMA RESENHA TEÓRICA E HISTÓRICA

Na análise de competências, a referência aos profissionais e a sua relação com as organizações é praticamente inevitável, quanto mais não seja pela influência que ambas têm no desenvolvimento da própria organização.

Carvalho (2006), numa investigação sobre “*a nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem em Portugal*”, faz uma abordagem ampla à noção de profissão. É neste âmbito, em complementaridade com outros autores, que pretendemos compreender a enfermagem à luz das diferentes teorias das profissões.

A partir da década de 70 assiste-se a um aumento do desenvolvimento teórico sobre as profissões. Surgem um conjunto de teorias, entre as quais as *teorias funcionalistas*, onde era possível identificar e tipificar um corpo de conhecimentos específicos associados a um ideal de serviço. Nesta perspectiva, as profissões formam comunidades reunidas à volta dos mesmos valores e da mesma “ética de serviço” e o seu estatuto profissional é validado por um saber “científico” e não apenas prático, acrescido da aceitação e da formação enquanto saber teórico específico, e da difusão de um código de deontologia entre os “profissionais” (Dubar, 1997:131). São assim definidas duas componentes específicas da profissão – a comunidade ética e a comunidade de saber científico.

Já Freidson (1971) desenvolveu a sua teoria a partir de uma abordagem institucional onde defende a profissão como um fenómeno relacionado com a organização do trabalho. Existe uma ligação entre as tarefas exigidas no mercado de trabalho e a formação providenciada pelo sistema educacional para o seu desempenho. Nesta teoria, o sistema de ensino constitui o apoio institucional fundamental na constituição das profissões e o conhecimento é a principal fonte de poder dos profissionais uma vez que permite o controlo sobre a realização das tarefas e a autonomia técnica. Salienta também a autonomia face ao controlo da informação e sobre a aquisição de recursos, bem como a relação interpessoal com o cliente como fonte de poder. Existem, no entanto, constrangimentos relacionados com o domínio público e político difíceis de controlar, constituindo-se a profissão como uma construção social organizada em torno da relação entre tarefas, formação avançada e mercados. A emergência de saberes ocupacionais especializados, a sua relação com os aspectos sociais e económicos, bem como com profissionais e clientes, são elementos salientados por Johnson (1972) nesta teoria.

Mais tarde, com a *teoria interaccionista* (Hughes, 1981), existe a identificação das circunstâncias segundo as quais as ocupações se transformam em profissões e são identificadas três noções essenciais: diploma, mandato e divisão moral do trabalho. O diploma, como a autorização legal para exercer algumas actividades que outros não podem exercer; o mandato, como a obrigação legal de assegurar uma função específica; a divisão do trabalho opera uma hierarquização de funções essenciais (sagradas) e secundárias (profanas) Nesta perspectiva constitui a profissão “um segredo social confiado pela autoridade que o autoriza e o mandata” (Ib. Opc.:134). Neste sentido, Hughes (Ib. Opc.) alicerça a sua teoria em três mecanismos:

- Um primeiro mecanismo refere-se ao facto de se ter que efectuar uma “imersão na cultura profissional”, muitas vezes o “inverso” da cultura profana”, colocando questões da interacção com as duas culturas no interior do indivíduo, o que conduz a uma “realidade desencantada”. Este dilema só pode ser dissipado por uma renúncia voluntária aos estereótipos profissionais no que diz respeito às tarefas, (tasks, skills), à concepção do papel, à antecipação das carreiras e à imagem do eu.
- Um segundo mecanismo, relaciona a instalação da dualidade entre o “modelo ideal” que caracteriza a dignidade da profissão, a sua imagem, a sua valorização simbólica e o “modelo prático” que diz respeito às tarefas do dia a dia. Neste processo de socialização intervem um conjunto de papéis, ou seja, de interacções com os outros significativos que levam a reduzir esta dualidade e a fomentar a passagem de um modelo a outro. Como contributo a este processo, encontra-se a formação de um grupo de referência no seio da profissão como forma de antecipar as posições desejáveis e ser um mecanismo de legitimação das suas capacidades. Este facto pode conduzir a uma projecção pessoal por identificação aos membros de um grupo de referência como forma de se promover uma “socialização antecipatória”, processo favorecido por etapas promocionais.
- Num terceiro mecanismo há o ajustamento da concepção do Eu e da sua identidade, ou seja, a tomada de consciência das suas capacidades – físicas, mentais e profissionais e das suas preferências – com as hipóteses de carreira no futuro. Trata-se de identificar as suas possibilidades e definir critérios para o desenvolvimento do seu percurso. Nesta perspectiva, articula-se a trajectória provável e o sistema ocupacional, ou seja, entre um sistema de expectativas legítimas e um sistema de oportunidades.

Já Andrew Abbot (1988) introduz uma abordagem sistémica e dinâmica do estudo das profissões, partindo do princípio que as profissões não existem isoladamente mas organizam-se num sistema de interdependências com área jurisdicional definida, sustentada na natureza do trabalho que cada profissional controla. Faz parte da natureza do trabalho profissional a capacidade de resolução de problemas, associado à legitimação, investigação e instrução resultante de um conhecimento académico específico.

Na pesquisa efectuada por Carvalho (2006), a construção da imagem social e da visibilidade do trabalho na intervenção em situações complexas contribui para a consolidação da jurisdição. Esta pode ser reivindicada pelo sistema legal, que permite o controlo formal do trabalho, pela opinião pública, com construção de imagens que pressionem o sistema legal e no próprio local de trabalho. É neste último que ocorre a complexidade das interacções profissionais e se estrutura o trabalho entre as diferentes profissões, intersectadas pela lógica da organização, que se desempenham as tarefas extra profissionais e se cede a outros grupos muitas das tarefas que caracterizam cada profissão (Ib. Opc.).

No contexto da saúde e especificamente da enfermagem em contexto hospitalar, dado o aumento da quantidade de trabalho profissional, as muitas tarefas delegadas (pertencentes à jurisdição de enfermagem), principalmente as de natureza mais rotineira (por exemplo, nas auxiliares de acção médica), possibilitam a aprendizagem no local de trabalho, por transferência de conhecimentos e assimilação. Há naturalmente manifestações de natureza linguística ou simbólica que podem conduzir à precariedade da jurisdição da profissão (neste caso da enfermagem).

No entanto, Macdonald (1995, citado em Carvalho 2006), ao efectuar um percurso sobre o desenvolvimento das profissões, conclui salientando, que as profissões conseguiram adaptar-se aos vários tipos de mudança, sem perder privilégios adquiridos e que “o maior desafio às profissões é o próprio Estado, devido ao aumento da regulação e da competição de mercado” (Ib.Opc.:111).

Este facto tem-se verificado em Portugal e a profissão de enfermagem tem efectuado um percurso idêntico a outras profissões.

Numa investigação sócio-histórica sobre a enfermagem, Amendoeira (2006), constatou que a década de 70 foi marcada por uma abordagem funcionalista, identificando as funções independentes e dependentes dos enfermeiros e a sua adequação ao tipo de serviço definido. A partir do final da década de 80 começou a formar-se um profissional mais reflexivo, salientando-se a importância de uma perspectiva interaccionista, onde a pessoa passa a ser o centro dos cuidados, atendendo-se à particularidade e singularidade do sujeito de cuidar.

Em 1968, a criação da Associação Portuguesa dos Enfermeiros constituiu um marco fundamental na estratégia de profissionalização da enfermagem (Carapinheiro e Rodrigues, 1998). Até então, a existência de dois níveis de formação criou alguns conflitos no seio da profissão e é na década de 80 que se consolida o processo de profissionalização com a publicação do Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro, que redefine a carreira de enfermagem e estabelece o conteúdo funcional das diferentes categorias. Com a publicação do Decreto-lei 480/88 é criado o curso superior de enfermagem sendo em 1990 efectuada a integração no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico (Decreto lei nº427-B/77), o que contribuiu para o desenvolvimento da formação, o acesso às universidades e consequente valorização da prática como campo de investigação, de análise e produção de saberes.

Na década de 1990 é aprovado o regime legal da carreira de enfermagem (Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro) e a regulação da profissão efectuada desde 1996 com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto lei 161/96 de 4 de Setembro) que clarifica os conceitos, intervenções e áreas de actuação, bem como as regras básicas e os direitos e deveres dos enfermeiros. Este processo culmina em 1998, com a criação da Ordem dos Enfermeiros, que se constitui enquanto “entidade reguladora da profissão de enfermagem, deve assumir um papel preponderante na definição dos padrões de qualidade, no perfil de competências profissionais e, por conseguinte, assumir-se como a entidade acreditadora” (OE, 2003:176). Este processo constituiu-se como fundamental na construção da identidade profissional.

Nesta continuidade, salientamos a definição do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades. Define como competência do enfermeiro de cuidados gerais “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ib. Opc.:188). O perfil de competências é constituído por cinco domínios – prática profissional informada pela ética; abordagem holística dos cuidados e integração do conhecimento; relações interpessoais; organização e gestão dos cuidados e desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2003:247). Neste sentido, a articulação dos currículos da formação em enfermagem.

Pelo descrito, o processo de profissionalização parece estar consolidado nos vários dispositivos que o definem, como já anteriormente referimos. No entanto, esta questão continua a colocar-se.

A enfermagem constitui-se, na prática de cuidados, pela riqueza de vivências de si e do outro, de sentimentos e mesmo associada a alguma criatividade para lidar neste processo. A dificuldade em

descrever o experienciado, dar a conhecer e contribuir, quer ao grupo profissional quer à sociedade, constitui o maior obstáculo à consolidação desta problemática. Parece existir um corpo executor e uma cabeça pensante mas nem sempre é coerente esta relação e os próprios enfermeiros não a valorizam (Hesbeen, 2000).

Por outro lado, não basta ser capaz de responder aos desafios que se colocam. É preciso dar condições para exercer plenamente a profissão, inclusive o poder necessário para decidir e agir em todas as questões referentes à prática, gestão, educação e investigação em cuidados de enfermagem. Como refere Flück (2001) o profissionalismo na lógica do “ser competente” coloca em acção tudo o que é necessário para gerir com pertinência a situação complexa que se apresenta resultante da combinação de três elementos como:

- O equilíbrio pessoal e o contributo à dinâmica social colectiva permitindo as inter-relações e uma comunicação de qualidade;
- O poder da profissão como um ponto de referência sobre a totalidade ou parte, ligado à qualidade de serviços;
- A capacidade de aprender, de inovar e de capitalizar o saber e de o transmitir.

Desta forma, qualquer profissão pode ser definida como uma actividade

Intellectual, que envolve a responsabilidade individual daquele que a exerce;

Erudita, não rotineira, mecânica ou repetitiva;

Prática, na medida em que se define como o exercício de uma arte mais do que puramente teórica e especulativa;

Altruísta em termos de que um serviço valioso é oferecido à sociedade;

Técnica que se aprende ao final de uma longa formação; (Charlier, 2001, citado em Carvalho, 2006.:86)

Acrescentamos ainda ao profissional a capacidade de resolução de problemas de forma autónoma, a transposição e a escolha de estratégias e a capacidade de produzir sinergias nas equipas e nos serviços de modo a gerir não só o serviço mas a sua formação ao longo da vida.

Hoje em dia, o actual modelo de gestão conduz a uma lógica do desempenho profissional centrada no desenvolvimento de competências, ou seja, considera o referencial de competências exigido pela organização, relacionado com uma determinada profissão. Este permite o confronto pessoal e a identificação das competências exigidas e das desenvolvidas e, ainda, definir o nível em que se posiciona, podendo ser de iniciado ou novito, competente e perito.

É nesta base que se entende fundamental o referencial de competências da OE na proposta da visibilidade no desempenho profissional dos enfermeiros. Apesar de estarmos perante circunstâncias óbvias duma organização enquanto sistema de actores, tipo de gestão, profissionais

com características próprias, existem consequências no modo de conceber a mudança. Este facto deve ser muito mais centrado na estratégia utilizada do que em qualquer outro mecanismo. Por outro lado, as grandes organizações, segmentadas em múltiplos sectores e funções diferenciadas, desenvolvem racionalidades, linguagem e tecnicidades diferentes, cuja articulação não se torna simples. Para Friedberg (1993), é na reconstrução dos sistemas de actores, das estruturas de poder, das regras de jogo e das lógicas de funcionamento que se podem descobrir os encadeamentos multidimensionais complexos incapazes de serem apreendidos por uma visão demasiado linear.

É na medida em que se pretende modificar comportamentos e ajustar a acção à mudança, que surge a tomada de iniciativas como resposta ao desempenho profissional com base nas competências e centrada na socialização que cada contexto proporciona ao desenvolvimento da identidade profissional.

3. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL: SOCIALIZAÇÃO E HABITUS

A enfermagem vivencia uma construção interactiva e contínua entre a pessoa e o meio. Esta interacção é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicação no processo. Este mobiliza um conjunto de saberes teóricos, adquiridos durante o percurso de formação e intrínsecos a si, de saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos directamente pelo exercício, de saberes técnicos de aplicação à experiência e que permitem a progressão ao longo de uma carreira e de saberes da organização, relacionados com o desempenho específico e proporcionados pelo meio. Os diferentes tipos de saberes integram um processo de construção cognitivo (interno ao organismo), afectivo (relacional, orientado para o exterior), simbólico (representação do mundo) e interactivo que constitui, no contexto, a socialização profissional. Como refere Dubar (1997:31) “a socialização é um processo de identificação, de construção de identidade, ou seja, de pertença e de relação”.

Deste processo resulta “o agir comunicacional” (e não instrumental), central no processo de socialização, o qual faz depender a lógica da socialização das formas institucionais da construção do Eu e, nomeadamente, das relações comunitárias no qual Mead citado em Dubar (1997) enfatiza os “símbolos significativos” como uma linguagem utilizada e um modelo de comunicação. É neste processo de interacção com um “universo simbólico e cultural” e um “saber sobre o mundo” que se constitui, numa primeira fase, a socialização primária que incorpora alguns saberes de base. Numa investigação efectuada com enfermeiros, Costa (2002), constatou que no decurso da vida, a escola assume uma dimensão importante no processo de socialização primária. Primeiro, a escola primária, e posteriormente a Escola de Enfermagem como espaço de aprendizagem da arte de cuidar. Neste sentido, a escola assegura a legitimação dos saberes e a sua relação com o mundo profissional, que se inicia ainda durante a formação, através de uma formação em alternância. A socialização faz-se, não só, pelos saberes de base incorporados, mas também pelas diferentes relações com a escola e o contexto profissional. Como refere Dubar (Ib. Opc.:95) “a chave essencial de compreensão dos mecanismos e dos resultados da socialização primária é, assim, a valorização que é feita dos diferentes saberes pelos diferentes (...) “socializadores” e das relações que estabelecem com os diversos “socializados””. Como podemos constatar este é um processo nunca acabado, que coloca a questão da socialização secundária, na vivência do espaço específico, ou espaços institucionais especializados e a aquisição de saberes e de papéis articulados com o trabalho.

Assim, a socialização secundária constrói-se a partir da socialização primária.

Mead citado em Dubar (1997) relembra a importância da relação entre as instituições de socialização primária e secundária e a possibilidade de transformação de identidade pela

socialização secundária, quando tal se justifica. Na socialização primária bem sucedida existe subjacente um processo de incorporação da “realidade tal qual é” e integração na sociedade existente. No entanto, a socialização secundária pode transformar identidades através de uma acção colectiva eficaz e duradoura e de uma criação institucional. “Neste sentido, a formação e o trabalho são indutores de transformações identitárias. A formação comporta a legitimação de novas formas de identidade pela alteração do corpo dos saberes e das relações no trabalho” (Abreu, 2007:68).

A identidade é, desta forma, ligada a um saber prático, a um desempenho, a um saber contextual, a um saber ligado a um colectivo e a um sentimento de pertença, ou seja, a uma socialização profissional.

O contexto profissional determinante de um processo de socialização contém estruturas estruturadas e estruturantes enquanto princípios geradores e organizadores de práticas e condições de produção adaptadas às exigências. Neste caso, os contextos permitem a adaptação ou integração de novos esquemas de acção, onde os significados e as práticas são apreendidos, tornando-se depois inconscientes, como se estivessem inscritos no corpo. Referimo-nos a que Bordieu (citado em Beck et al, 2000) denomina de *habitus*, uma actividade continuada, que assume um certo “lançamento” numa teia de práticas e significados preexistentes. Co-habita uma comunidade enraizada em significados partilhados e de práticas rotineiras de base. O *habitus* tem implícito a reflexividade, a intersubjectividade, a noção de “cuidado”, como uma relação no mundo entre os seres humanos e as coisas, ou seja a “preocupação” pelos outros. Situa o ser-no-mundo como seres humanos envolvidos em práticas ou actividades rotineiras (pré-reflexivas), em significados e práticas partilhados com outros seres humanos constituindo, assim, uma comunidade. A reflexividade está presente nas práticas de base e é concebida como uma reflexão sistemática sobre o conhecimento.

Na enfermagem, o cuidar tem sido reconhecido como o ponto fulcral. É definido como uma característica necessária para o bem da humanidade e essencial para a profissão (Tanner, 1990, Benner, 1982) onde, “apreender a realidade do outro, sentir o que ele sente tão perto quanto possível, é a parte essencial do cuidar, do ponto de vista daquele que cuida” (Noddings, 1984). É na socialização através do *habitus* que o cuidado ao ser humano, enquanto ser-no-mundo, pode ser integrado, apreendido, individualizado, em suma, ser um cuidado hermenêutico. Este, como em qualquer campo de acção, depende do poder existente entre o conjunto de actores individuais ou colectivos. O poder encontra-se nas estruturas pré-existentes do espaço de acção, acentua a natureza relacional, é inseparável da relação através da qual se exerce, implica a cooperação de outras pessoas (dimensão instrumental) e a negociação (Friedberg, 1993). No contexto da saúde, o espaço partilhado pelos actores é ainda caracterizado por uma zona de autonomia que cada um dispõe nas suas transacções com os outros e determina a previsibilidade do seu comportamento.

Estes actores intervêm num “sistema de acção concreto”, definido por Friedberg (Ib. Opc.) como contendo um conjunto de problemas pertinentes, à volta dos quais os actores se mobilizam, se organizam, mediatizam e regulam as interdependências “objectivas” entre participantes e os processos de troca que se seguem. Existe um continuum do contexto de acção em função das características da sua organização, da sua estruturação e fins definidos à volta dos quais se articulam os mecanismos de regulação, de tomada de consciência, de interiorização pelos participantes e de regulação, por alguns destes. Neste quadro de acção concreto, existem “integradores” que geram actores e asseguram a regulação do sistema, efectuando ajustamentos e equilíbrios entre os actores.

Como refere Abreu (2007), o profissional revela-se num processo contínuo de construção e reconstrução, de confronto com patrimónios individuais e colectivos, de significações e de aprofundamento de cenários. Existem esquemas de acção que, integrados, permitem ao profissional adaptar-se apenas naquilo que ele inova para a atribuição da singularidade da acção. Neste caso podemos estar perante situações de rotina, evocando apenas um *habitus* pessoal ou profissional (Perrenoud, 2001). Estamos no âmbito dos saberes procedimentais, ou seja, saberes sobre os procedimentos, que se incorporam às rotinas e ampliam o *habitus* e se tornam “conhecimento-em-acção” No caso em que a adaptação é mais forte, se reproduz em situações semelhantes e se estabiliza, criam-se novos esquemas de acção, enriquecendo o *habitus*. A tomada de consciência, como um trabalho sobre si próprio, mobilizado no momento adequado, pode favorecer a mudança de *habitus*. Este permite, em tempo certo e com técnicas adequadas, criar, desenvolver ou promover novos esquemas de acção que podem transformar o profissional e o próprio contexto.

É nesta interacção e num contexto específico, como no caso de um serviço hospitalar como o serviço de medicina, que a enfermagem assegura a existência, a circulação e a criação de um saber prático - experiência, valores, estratégias e intuição. É, desta forma, adquirido um saber prático, um *saber-fazer saber* (Aubrey e Tilliet, s.d), determinante na trajectória social dos profissionais e promotor de identidades sociais, de acordo com a importância “subjectiva” e legitimidade atribuída. A integração numa comunidade em que se partilha significados e práticas, onde se pretende fazer parte de um “nós”, apreende-se o bem substantivo que, inconscientemente, se manifestam como se estivessem inscritos no próprio corpo. O *habitus* integra um processo de cuidar reflexivo e com significado que se situa na interacção da prática e dos conceitos teóricos, desafiando, pelo tomar de consciência do profissional, o desempenho profissional no processo de cuidar.

4. O PROCESSO DE CUIDAR E A CONCEPÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem, enquanto profissão, é constituída por um corpo de conhecimentos próprio que caracteriza o serviço específico que presta à pessoa, no individual, integrado em grupos ou na comunidade. O processo de cuidar tem implícito teorias, filosofias e modelos ou seja, formas de pensar e conceber a situação de cuidados que, na prática, se centra na pessoa, grupo ou comunidade e se operacionaliza pela tomada de decisão face a um diagnóstico clínico.

O processo de cuidar surge em Portugal, como refere Fernandes (2007),) no Século XVIII pelas mãos do clero e sem que os enfermeiros (noviços) tivessem qualquer tipo de autonomia na sua intervenção. Passa a fazer parte da vida hospitalar no Sec. XIX, como “ocupação” exercida por mulheres.

Em 1860, no Reino Unido, Florence Nightingale propõe um “plano escolar” definido por um ano de aprendizagem teórico-prática e três anos de prestação de serviços no hospital (Fernandes, 2007). Deste modo, surge a enfermeira como uma figura educada e treinada para praticar algo de interesse público e de relevante valor ético, moral e social. Nesta época, a enfermagem tornou-se num “respeitável emprego para as mulheres da filantrópica classe alta vitoriana, crentes da importância do papel de ajuda da mulher na sociedade” (Ib. Opc.:37). Neste sentido fazia-se apelo à vocação para se cuidar de alguém, sendo o modelo de cuidados de enfermagem reprodutor da família vitoriana, ou seja, as enfermeiras eram responsáveis pelo ambiente físico e emocional e o médico decidia o trabalho a realizar pelas equipas. Desta forma, surgiu a enfermagem como uma prática social institucionalizada e específica necessária para cuidar da pessoa doente.

Na mesma altura, apareceu na América, com Fenwick, o “modelo americano” centrado na autonomia das práticas pelo saber próprio. Em 1896, surge a Associação das Enfermeiras Americanas e, mais tarde, o ICN (Conselho Internacional de Enfermagem), criando-se uma ideia internacional de enfermagem, preparada profissionalmente, segundo sistemas educativos oficializados, com conhecimento próprio, segundo standards de cuidados que suportassem o exercício profissional (Ib. Opc.).

Em Portugal, a partir de 1940 evidencia-se uma preocupação sobre a preparação académica do sector de enfermagem, sendo a partir de 1947 o ensino oficial realizado nas escolas dependentes do Estado e da responsabilidade dos enfermeiros (Amendoeira, 2006). As sucessivas reformas verificadas no ensino de enfermagem transferiram a centralidade na orientação técnica (1965), para a pessoa na organização da disciplina de enfermagem (1976).

A partir de 1986, além da valorização dos cuidados centrados na pessoa, verifica-se a preocupação com a continuidade dos cuidados. Nesta época surge a elaboração de um plano de estudos único e a integração no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico (1988) e em 1999 a formação passa para o nível de Licenciatura num ciclo único de quatro anos (Ib. Opc.).

Como refere Amendoeira (2006):

Assiste-se na enfermagem a uma evolução no sentido da construção de saberes que passaram a ser cada vez mais legitimados a partir do reconhecimento intra e extra profissional, na perspectiva de se reconhecer aos enfermeiros a capacidade para transferir para cada situação, os saberes que, constituindo-se no conhecimento humano, de carácter mais ou menos científico, é utilizável pelo profissional que o mobiliza junto de quem dele necessita (Ib. Opc.:220).

Este facto torna mais sólida a construção do conhecimento em enfermagem e sustenta-se em quatro paradigmas em função das características e das relações dos meta conceitos (Kèrouac, 1994), como já referimos num capítulo anterior. No entanto, é no paradigma da integração que a intervenção de enfermagem tem o significado de “agir de acordo com a vontade da pessoa”. Este integra a maior parte dos modelos conceptuais de enfermagem (Fernandes, 2007), visando a pessoa no seu todo e a sua circunstância.

Alfaro (1988) e Chalmes (1990) sustentam a adopção de um modelo para a prática de enfermagem que defina os conhecimentos específicos, clarifique e unifique a linguagem na prática e constitua a base para a tomada de decisão. Dos modelos das diferentes teóricas, encontramos semelhanças, das quais salientamos: a reflexão e a compreensão das necessidades humanas (Escola das Necessidades Humanas Básicas de Henderson), a experiência vivida e os acontecimentos de saúde/doença (escola de Caring de Bevis, Watson, Leininger, Parse) e as respostas humanas aos processos de saúde/doença (Padrões Funcionais de Saúde: Gordon, Alfaro, Carpenito).

Para Abreu (2007:49), consoante os modelos de enfermagem de referência, existe uma variação sobre os conceitos de base. No entanto, identificam-se um conjunto de elementos centrais que são comuns: utente, transição, interacção, processo de enfermagem, meio, assistência e saúde. Destes conceitos, o mais importante é o utente como beneficiário dos cuidados de enfermagem, ao qual se estruturam todas as intervenções. A transição é entendida como um processo de equilíbrio / desequilíbrio entre o estado de saúde e a interacção como essência da enfermagem, verificada ao longo de todas as etapas do processo.

Como temos verificado na prática, a centralidade do processo de cuidar efectua-se considerando quatro conceitos básicos estruturantes: a pessoa alvo dos cuidados, o ambiente que a envolve, as crenças de saúde e de doença porque se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem de que necessita (Meleis, 1991). Mesmo assim, os elementos que constituem a concepção de cuidados e o modelo que o integra realçam as partes mais importantes mas nunca fornecem os detalhes todos,

isto é, o modelo assemelha-se a um mapa, que nunca fornece os detalhes todos mas realça as partes mais importantes. Por esta razão, justifica-se a utilização de um modelo que determina a informação específica, o modo de encarar e organizar as coisas a fim de lhes dar significado e simplificar a realidade e dirige a atenção para preocupações mais específicas. Sabemos que na prática o cuidar envolve, além dos saberes específicos, os saberes relacionais de proximidade, que promovem transições ecológicas, essenciais ao desenvolvimento do ser humano. Nesta relação, cada pessoa cria e recria o seu próprio saber perante si, o outro e em função desta relação.

A interacção verificada neste processo é uma relação entre o Eu e o Outro, além da compreensão do seu significado. Estes elementos do cuidar e a sua interpretação centralizam-se no processo de comunicação que, pela sua natureza, é complexo. O domínio da comunicação consiste no conhecimento de si próprio, na criação de empatia, no domínio da comunicação verbal e não verbal e na capacidade de ouvir o outro, ou seja, situamos estes saberes quando aplicados na dimensão da competência. No âmbito do cuidar, esta competência evidencia-se no modo consciente de influenciar o bem-estar individual e colectivo, ou seja, a intencionalidade no acto de cuidar. (Watson, 2002; Grou, s.d.).

A competência da comunicação envolve uma dimensão intra e interpessoal, ou seja, o domínio do conhecimento de si próprio pela introspecção e análise das suas próprias percepções e emoções.

Nesta lógica, o conhecimento de si, ao desencadear determinadas emoções, permite o auto-controlo e permite agir nas situações com inteligência intra pessoal (Gardner, 1983). Uma pessoa com esta competência tem a capacidade de percepção e compreensão do contexto da vida, do contexto social onde se insere, do estabelecimento de relações saudáveis e produtivas, com influência positiva na origem de sentimentos de altruísmo e compaixão (Ib. Opc).

Costa (2002) acrescenta que os cuidados de enfermagem são um processo de construção, no qual a implicação pessoal sugere, para além do acto de cuidar, uma reflexão pessoal sobre o seu fundamento, legitimidade, consequências e dimensões éticas. Evidenciam-se nas interacções, além das dimensões pessoais, como a razão, a emoção e a conjugação na adaptação do ser humano a resolução de problemas, as dimensões do meio e sociais.

A consciência da valorização destes saberes, destas competências específicas e da dimensão humana do cuidar, contribuem para um cuidar-curar, enraizado em Nightingale e na teoria do cuidar (Watson, 2002), estruturando-se sobre um paradigma de enfermagem contemporâneo emergente, que ao mesmo tempo é teórico e está para além da teoria.

O cuidar está, assim, relacionado com respostas humanas inter subjectivas às condições de saúde / doença, com um conhecimento inerente ao processo e às interacções pessoa / meio e com um auto-

conhecimento e capacidades de negociação. A pessoa é vista como um “ser-no-mundo”, com um conjunto de experiências vividas, ou seja, com um campo fenomenológico próprio, só acessível através da mesma, e ao qual o enfermeiro pelo processo de cuidar terá os conhecimentos, a capacidade, a intuição e a compreensão de perceber o seu mundo. Para a sua compreensão, a existência de áreas de complementaridade do domínio da enfermagem, da medicina, sociais e outras, são fundamentais. É uma área de confluência, de sobreposição, de intervenção comum, interdependente e complementar, onde se situam os problemas colaborativos (Carpenito, 1990).

No processo de interacção de cuidados é perceptível a componente relacional, sendo este um dos dez factores de cuidado da teoria de Watson (1988) e um dos processos de cuidar identificados por Swanson (1998).

Assim, o contexto da prática ser o local de excelência de interacções, de construção de saberes e de reflexão, ou seja, “o sentido que o enfermeiro dá à sua prática está ligado ao seu conceito de cuidados de enfermagem, à forma como concebe a saúde e o ambiente e ainda à concepção que tem da pessoa, como sujeito dos seus cuidados” (Basto e Portilheiro, 2003:43).

O processo de cuidados de enfermagem constitui-se, desta forma, num conjunto de acções, de compreensão e organização de informação, de elaboração e execução de um projecto de acção e avaliação dos seus efeitos, segundo etapas definidas de recolha de informação.

Neste, integram-se a identificação, interpretação, planeamento e avaliação sistemática dos cuidados e das acções nas diferentes situações, assumindo decisões fundamentadas. O processo de enfermagem entende-se como um conceito essencial e um processo de raciocínio clínico do enfermeiro e engloba:

- O conteúdo - conhecimentos necessário aos cuidados, constituindo-se este como um conjunto de conceitos, quer específicos da situação de saúde/doença (tratamentos de feridas, administração de terapêutica), quer sociais e culturais (higiene, alimentação, hábitos vários) quer relacionados com outras áreas do conhecimento (anatomia, psicologia...) e os conceitos relacionados com a profissão (valores, missão, saúde ...);
- O conhecimento da pessoa relacionado com a percepção das necessidades e ou problemas, informação, clarificação e necessidade de complementaridade. Este, visa promover uma participação activa no processo reconhecendo-lhe o direito, valores, e participação consciente;
- O contexto de cuidados engloba os valores e missão da instituição, os programas e seus projectos, bem como as exigências sociais.

Por outro lado engloba o diagnóstico de enfermagem enquanto processo interactivo e regulador com duas fases: as hipóteses de diagnóstico e a tomada de decisão na prática (Giordan, 1996). Estas duas fases, reguladas por um processo de *feedback*, conduzem, muitas vezes, à elaboração de novas hipóteses, pelo que o autor situa este processo na relação com a investigação-acção e o reconhecimento de sinais suportados em conhecimento, por um lado, e por outro relacionado com a própria pessoa / doente. Cada etapa deste percurso está ligada a um conjunto de indicadores (sinais e sintomas) de natureza física, psicológica ou mental e de fases de informação / educação, relacionadas com a fase da doença e do tratamento.

Em síntese o processo de cuidados em enfermagem é caracterizado pela conceptualização da enfermagem, metaparadigma e modelos subjacentes, pela mobilização de conhecimentos com a operacionalização na prática, pela observação sistemática de *feedback* e pela relação com o processo de investigação – acção.

A avaliação sistemática e o diagnóstico de enfermagem valorizam as intervenções autónomas e o desenvolvimento dos saberes e competências na tomada de decisão, permitindo identificar o campo de decisão e de iniciativa própria, bem como o de decisão e iniciativa partilhadas com outros técnicos. No entanto, é da especificidade da enfermagem considerar nos cuidados:

A sua finalidade – destinam-se a manter e a desenvolver nas pessoas saúde e bem-estar (ainda que no acto de morrer);

A sua intencionalidade – o que permite referenciar os cuidados de enfermagem a conjuntos de saberes transferíveis;

A sua especificidade – o agir profissional em enfermagem inclui o suporte e a ajuda aos seres humanos;

A sua utilidade – os cuidados de enfermagem são socialmente compreensíveis e valorizados;

A sua característica unitária: o cuidado de enfermagem é transversal aos saberes e às práticas dos enfermeiros. (Costa, s.d.: 7)

É nas dimensões analisadas que a “nova enfermagem” ou a enfermagem “pós-moderna” poderá desafiar o actual contexto hiper-especializado e burocratizado na qual se enquadram as actuais organizações de saúde.

Actualmente, a quantidade de informação disponibilizada pelo enfermeiro, a partilha e contribuição para a melhoria da prática e da profissão, tem sido estudada a nível internacional. Neste momento, a CIPE (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem) constitui um potencial para a prática no âmbito da produção de informação em enfermagem. Segundo Abreu (2007:55), “ao profissional que a utiliza, exige-se pensamento crítico, intelectualmente disciplinado, para conceptualizar, analisar, planear ou avaliar níveis de informação com origem na observação, experiência, relação, reflexão ou mesmo na análise de episódios anteriores” em continuidade, a OE (2006) refere a CIPE é uma ferramenta que permite representar mundialmente e de forma fidedigna a realidade da prática de enfermagem, ajudando os enfermeiros a descrever, analisar e comparar

práticas de enfermagem ao nível local, regional, nacional e internacional. A CIPE suporta a recolha e análise dos dados de enfermagem, produzindo informação fiável e válida para a tomada de decisão em saúde.

CIPE é, assim, uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem, de classificação dos fenómenos, acções e resultados de enfermagem. Trata-se de uma classificação multi-axial permitindo ao enfermeiro seleccionar para um dado cliente ou para uma determinada realidade, formular um diagnóstico de enfermagem, delinear intervenções e identificar resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Como verificamos, o processo de cuidar não mais se situa a nível individual, de um serviço, ou mesmo de uma instituição. Faz parte de um conhecimento mais amplo, partilhado, hermenêutico, que visa contribuir para o bem-estar da pessoa, dos cuidados de enfermagem e da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

CAPÍTULO II

O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

1. AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E A ENFERMAGEM

As políticas neoliberais instaladas a partir dos anos 80 marcam, em alguns países, e, mais tardiamente, em Portugal, a necessidade de implementar reformas na administração pública, nomeadamente no sector da saúde, com novos modelos de empresarialização dos hospitais

A imagem do hospital surge como uma empresa orientada para critérios de produtividade e lucro, ainda antes da proposta de alteração da lei de Bases da Saúde e da Gestão Hospitalar (Macedo, 2004). O hospital enquanto empresa emerge representado pela “ênfase na eficiência e produtividade organizacional (máximo rendimento pelo menor custo), pela importância de se responder às necessidades de saúde, através da prestação de serviços que devem satisfazer os (agora) clientes, prestação esta vista como um produto” (Ib. Opc.:35). Enfatiza-se nesta dimensão a divulgação dos resultados e a consequente desvalorização dos processos. A analogia é efectuada com as empresas, onde os cuidados de saúde se assemelham a uma linha de montagem, os doentes a matéria-prima, os espaços e os instrumentos a tecnologias padronizadas e as normas e protocolos a produtos standardizados. A tecnologia aparece associada ao controlo da qualidade não só da matéria-prima como dos profissionais e a avaliação de desempenho como forma de controlo dos profissionais, subordinada à noção de indivíduo como recurso que deve ser usado ao máximo.

Este facto leva a identificar a noção de eficiência nas instituições com noções hard de gestão, ou seja, fazer mais com menos e a ser contestada a noção de qualidade como simples critérios de gestão que reforçam a “invisibilidade” do trabalho da enfermagem (Carvalho, 2006).

Esta situação parece pressupor uma clara subordinação dos profissionais à gestão, já que se enquadra o julgamento do exercício profissional na exigência de que se tenham em consideração as realidades e responsabilidades da gestão orçamental (Clarke & Newman, 1997). A participação dos profissionais na organização distancia-se, assim, dos processos de concepção das estratégias e restringe-se ao nível da execução. Carvalho sustenta que, nas organizações da Nova Gestão Pública (NGP), todas as responsabilidades pela gestão dos trabalhadores de enfermagem foram efectivamente retiradas do controlo dos enfermeiros directores, cujo papel consubstancia uma mudança de profissional para gestor e não para líder de enfermagem.

Já Boaventura Sousa Santos (1987), em relação às regras de gestão, referia que têm vindo a sofrer profundas alterações nos países europeus e que os enfermeiros têm tido um papel decisivo na gestão dos serviços de saúde. Salienta que as políticas de saúde são sujeitas a critérios de rentabilidade económico-financeira sendo evidente “a remercadorização parcial dos bens e serviços

dos cuidados de saúde, através da transferência para aqueles agentes privados da produção de alguns desses bens e serviços, retirando-se o Estado do papel de produtor e remetendo-se ao de financiador total ou parcial” (Ib. Opc.:49).

Uma investigação efectuada no Reino Unido, com o intuito de analisar o impacto das reformas nas carreiras das mulheres na administração pública, entre outros aspectos observa, no âmbito da saúde, semelhanças entre os enfermeiros em que:

Demonstram possuir uma consciência bastante forte sobre a mudança organizacional em curso de uma “ética de serviço” para uma “ética de negócio”;

Sentem um afastamento muito grande dos gestores, o que se traduz, por exemplo, na existência de dificuldades de se fazer ouvir pelos gestores seniores e em percepções de que estes, vindos da indústria, assumem uma abordagem de gestão mais orientada para a racionalidade económica.

Evidenciam, claramente, um sentimento forte de distinção expresso nas referências a “nós” e a “eles”;

Consideram que os novos actores organizacionais trazem valores diferentes para o trabalho na saúde” (Susan Halford, Mike Savage e Anne Witz, 1997, citado em Carvalho, 2006.: 161).

No mesmo sentido, o relatório anual de síntese da evolução do sistema de saúde português (OPSS, 2001), exprime o facto de nascerem e crescerem novas profissões em saúde, sentindo-se mudanças substanciais na profissão de enfermagem. Estas transformações parecem vir a ter um impacto crescente na configuração do sistema de saúde, nomeadamente na relação entre profissionais de saúde e a nova cultura de gestão.

O mesmo relatório exprime a rápida evolução na aplicação do conceito de qualidade na saúde, exprimindo-se actualmente em três dimensões complementares:

A qualidade em relação à prática profissional, tanto em termos de processo como de resultados (“outcomes”); a qualidade como elemento central da gestão organizacional e a qualidade como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde (certificação, acreditação). Assim o “desenvolvimento contínuo da qualidade” passou a ser um dos principais elementos do “pólo de responsabilização” das políticas de saúde: auto -responsabilização no caso do desenvolvimento da qualidade entre pares (caso dos profissionais de saúde e das organizações de saúde) e responsabilização externa por parte do regulador público e do agente contratualizador, em relação às garantias a dar ao cidadão, contribuinte e utilizador (Ib. Opc.:51,52).

Em continuidade, a gestão da mudança é analisada pelo relatório Primavera 2004 (OPSS, 2004:17), onde refere:

“O essencial do discurso político do Ministro da Saúde no que diz respeito à gestão da mudança, pode resumir-se, de forma muito simplificada, da seguinte forma: Acção. Actuar. Fazer.(...) quase que não se pergunta se faz bem ou mal, desde que se faça. É preciso experimentar - o que interessa são os resultados. Os processos e as soluções são bons se produzem bons resultados, não porque se afastam ou aproximam de preconceitos preestabelecidos. De facto são os resultados que interessam. É necessário, com frequência, ensaiar soluções para saber se elas funcionam no nosso contexto”.

No âmbito da saúde constata-se assim a mudança centrada em novos modelos de gestão e em conceitos de qualidade de processos e resultados. Este facto parece colocar os enfermeiros gestores perante a definição do seu papel profissional, como se constata numa investigação efectuada por Carvalho (2006), com enfermeiros-gestores em que identificou:

Nos enfermeiros que assumem, como função principal, a defesa dos interesses dos profissionais de enfermagem, perpassa, implicitamente, uma vontade de legitimar a sua acção com base na percepção do que representam para o campo profissional de enfermagem (...) para os que assumem como função essencial a defesa dos interesses organizacionais, o seu discurso indicia a adesão a uma noção de legitimidade baseada nas competências individuais de gestão. Estes últimos aproximam-se dos pressupostos da NGP, em particular sobre a retórica, sobre a liderança forte e a noção de competência (...) promovem o controlo organizacional sobre as decisões dos profissionais como forma de garantir a moderação dos gastos. (Ib. Opc.:279)

- Uma perda de poder dos enfermeiros directores que passam a ser confinados a tomar decisões respeitantes apenas à sua esfera profissional e, mesmo estas, sujeitas a escrutínio baseado em critérios quantitativos de gestão; uma centralização e autonomia das unidades e na prática um aumento dos procedimentos burocráticos e funcionais. Estes, levam a um aumento das componentes de gestão, através de indicadores de desempenho, centrados na perspectiva da obtenção de resultados quantificáveis verificados na sobrevalorização dos actos passíveis de registo e em estruturas e sistemas de informação susceptíveis de dotarem os gestores com instrumentos de apoio à tomada de decisão.
- Os profissionais com função de gestão registam um afastamento da prestação tradicional de cuidados (centrada na relação com o paciente), a favor de uma maior aproximação aos papéis de organizadores de cuidados, estruturados em torno de uma perspectiva de gestão operacional.

Estes factos mostram a existência de duas culturas distintas – uma *mangerialista* e outra profissional, referidas como culturas dicotómicas: uma cultura do profissional da enfermagem em termos dos constrangimentos financeiros versus necessidades dos pacientes; um enfermeiro gestor de enfermaria versus de cabeceira; um enfermeiro gestor de recursos versus o que cuida dos pacientes; um enfermeiro que se centra na gestão financeira em vez de na gestão das pessoas (Walby, et al 1994). Traynor (1994), refere que os enfermeiros se percebem a si próprios e aos gestores, na sua forma de estar enquanto profissionais, numa perspectiva dual: uns estão essencialmente preocupados com os pacientes, com o trabalho desenvolvido com estes, com a prática e com o trabalho manual; outros, em contraste, estão principalmente preocupados com o dinheiro, a valorização dos orçamentos e com o trabalho realizado para o hospital numa perspectiva empresarial.

Esta relação tem caracterizado a conflitualidade existente nos grupos profissionais da saúde que, como refere Kikpatrick et al. (2005), a relação intrínseca entre profissionais, organizações burocráticas e gestores não exclui a existência de conflitos. Estes existem, quer pelo controlo organizacional e estrutura hierárquica, quer pelos pares, quer por incentivos esperados e efectivos atribuídos, quer ainda pela forma como a autoridade organizacional é exercida.

Parece assim existir nos profissionais da saúde uma cultura específica caracterizada por factores de resistência ao controlo da gestão como: “autonomia sobre os meios e os fins, sobre-especialização das competências técnicas, ênfase exagerada nos padrões de avaliação profissional, falta de interesse nas práticas do mundo real e menosprezo pelos procedimentos organizacionais” (Raelim, 1985). No entanto, segundo Benson (1973), alguns grupos profissionais combinam os papéis profissionais e burocráticos com aparente facilidade e satisfação, demonstrando serem complementares, ou como refere Freidson (1994), podendo mesmo, como na enfermagem, os gestores serem ou terem sido profissionais, o que se pode traduzir numa continuação do controlo da profissão.

No seguimento desta temática, o ministro da saúde (Campos, 2007) referia numa intervenção

Os trabalhadores de saúde, quando motivados, conseguem aumentar os níveis de produtividade dos serviços de saúde tão bem ou melhor que outros. A gestão de pessoal é um dos principais factores de influência na produtividade, que não é favorecida pela gestão centralizada praticada na maior parte das instituições. É necessário introduzir autonomia de gestão e responsabilização na gestão clínica e de enfermagem, técnico e auxiliar, bem como na gestão do próprio capital humano. O trabalho em equipa é essencial e este é impossível de realizar sem coordenação responsável. Só será possível responsabilizar o coordenador da equipa se lhe for restituída a correspondente autoridade.

Temos assim constatado que as teorias mais recentes argumentam que as organizações estão impregnadas de profissionalismo e que a própria evolução dos profissionais conduz à integração das orientações e valores organizacionais e os profissionais obtêm mais poder, autonomia e rendimento no interior das organizações do que fora delas (Davies, 1983; Exworthy & Halford, 1999, citado em Carvalho, 2006: 113).

Este facto é constatado no exercício legal da profissão da enfermagem que se apresenta estratificada com os lugares de supervisão situados no topo da carreira e apresenta no exercício normal da profissão uma estratificação interna decorrente do exercício das responsabilidades formais de gestão decorrentes de um continuo envolvimento com a prática profissional. Nas organizações com um elevado número de profissionais, os autores fazem referência a poderem co-existir três tipos distintos de papéis: o prático, o gestor profissional e o gestor geral. Fazendo o paralelismo com a actual carreira de enfermagem verificamos que, os enfermeiros e enfermeiros graduados, têm essencialmente a função de se envolverem no exercício das actividades profissionais de gestão de cuidados ou de distribuição de recursos; os enfermeiros chefes e enfermeiros supervisores têm a responsabilidade da gestão do trabalho diário de outros profissionais e dos recursos utilizados no trabalho, com participação ou não nas actividades práticas diárias e o enfermeiro director, participa da gestão geral da organização. No global dos gestores das empresas, este tipo de gestores poderão ter ou não um background profissional, enquanto que na saúde, na área de enfermagem, os profissionais nas diferentes categorias, são enfermeiros. Esta

variedade de papéis é estudada por Carapinheiro (1993) quando se debruça sobre as instituições de saúde e em relação a um dos níveis de gestão, escreve claramente o seguinte:

A importância do papel dos enfermeiros-chefes é acrescida (...) pois dada a não previsibilidade das decisões médicas, devido à polivalência dos cuidados, o conteúdo do trabalho de enfermagem depende mais dos profissionais do que da organização instituída do trabalho e, por outro lado e sob um outro ângulo da mesma questão, a gestão do serviço, a distribuição do trabalho entre enfermeiros e auxiliares de acção médica e a administração dos cuidados, repousam fundamentalmente nos enfermeiros-chefes (Ib. Opc., 1993:113).

Campos (2006), numa intervenção sobre “Liderança para a mudança” refere que os enfermeiros «são líderes naturais» e que a Enfermagem «é a profissão que mais cedo está a trabalhar no processo de reforma da Saúde em Portugal”.

Parece-nos, pelo exposto, que a necessidade de gestão e de liderança é inerente e necessário ao trabalho do enfermeiro mas a enfermagem como qualquer profissão na área da saúde é impulsionada ao trabalho em equipa. Existe, como já constatámos, uma área de interdependência, enriquecida pelo contributo específico de cada profissão, quer ao nível micro, do trabalho com a pessoa, cliente, quer ao nível meso e macro, da organização dos cuidados, dos serviços e da organização.

Estas dimensões em análise fazem parte dum contexto, os serviços de saúde que, só por si, se constituem foco de formação e aprendizagem.

2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONTEXTOS DE FORMAÇÃO E APRENDIZAGEM

A prestação de cuidados em enfermagem insere-se num contexto de imprevisibilidade onde a mudança, a instabilidade e o imprevisto são factores permanentes que condicionam um saber estático, certo e permanente. É marcada por percursos de profissionais de diversas áreas, que se cruzam, com valores e experiências múltiplos. Parafraseando Alarcão (2000:14), nele “se sente a tensão entre a fragmentação dos saberes e a multidimensionalidade da vida real”.

A evidência da complexidade presente nos cuidados de enfermagem, nas diferentes interações justifica um cuidar autêntico, ou seja, apreender a realidade do outro, sentir o que ele sente tão perto quanto possível, ou mesmo, fazer-se presença junto do outro. Estes sinais de presença, são a parte essencial do cuidar (Noddings, 1984), em que a reflexividade sobre a prática, na sua dimensão cognitiva, afectiva e metacognitiva, através da emoção, do sentimento e da paixão (Tavares, 2000), parecem promover a resposta a um cuidar autêntico.

Situamos o cuidar neste contexto, que por si é complexo, com uma abordagem de tipo sistémico, ecológica e também ela complexa e dinâmica pelas inúmeras variáveis em presença onde a imprevisibilidade e incerteza estão presentes.

Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjectividade de cada um, pelas singularidades no colectivo, que se articulam para reinventar um novo colectivo que, quando contextualizadas e consciencializadas, promovem aprendizagens ao longo da vida.

A enfermagem é constituída por saberes – empírico, ético, pessoal e estético – que se originam e se (re)criam na prática, através de processos que desenvolvem e transformam o conhecimento, levando a novas aprendizagens.

O desenvolvimento experiencial e o processo reflexivo, são pólos dinâmicos do mesmo eixo de desenvolvimento pessoal onde decorrem experiências formadoras que o indivíduo realiza em diferentes contextos da sua vida, na relação consigo, com os outros e com os acontecimentos. Assim, a aprendizagem experiencial é por natureza, interactiva e de interacção intra-pessoal, da pessoa consigo própria e interpessoal, da interacção com a realidade exterior e as pessoas que a rodeiam (Alarcão 2000). Constata-se que a pessoa aprende no dia a dia, das mais diversas formas, e com tudo o que a rodeia. A pessoa é um aprendiz ao longo do curso da vida. Daí que o conceito de aprendizagem ao longo da vida tornou-se uma dimensão estratégica e funcional. O documento europeu sobre a política de formação *Memorando sobre a educação e a formação ao longo da vida*, ratificado em Março de 2000 em Lisboa, pela Comissão Europeia, define:

A aprendizagem ao longo da vida (lifelong learning) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve-se tornar o princípio director que garante a todos o acesso às ofertas de educação

e de formação, em uma grande variedade dos contextos de aprendizagem (Commission of the European Communities, 2000: 3).

O *Memorando* estipula que a educação ao longo da vida concerne a todas as actividades significativas de aprendizagem, tais como:

- Processos de aprendizagem formais que ocorrem nas instituições de formação e que são, geralmente, validados por certificações socialmente reconhecidas;
- Processos de aprendizagem não formais que se desenvolvem habitualmente fora dos estabelecimentos de formação institucionalizados — nos locais de trabalho, em organismos e associações, no seio de actividades sociais;
- Processos de aprendizagem informais, que não são empreendidos intencionalmente e que "acompanham" incidentalmente a vida quotidiana (Ib. Opc.).

O mesmo documento refere que a aprendizagem ao longo da vida deve desenvolver-se "*lifewide*", quer dizer, generalizar-se para todos os domínios da vida. Neste sentido, estabelecem-se, *ambientes de aprendizagem* nos quais os diferentes modos de aprendizagem se encontram e se complementam. Neste sentido, a dimensão do 'lifewide learning' (educação abrangendo todos os aspectos da vida) enfatiza a complementaridade entre aprendizagens formais, não formais e informais. (Ib. Opc: 9).

Em estudos efectuados na área da formação em saúde (Canário, 1997; Amiguiño et al, 1997; Abreu, 1997; Costa (1998, 2002); Gonçalves e Serrano (2005) revelam a existência de formação directamente relacionada com os contextos, com as relações profissionais, com a complexidade dos problemas, com as relações sociais e com a cultura organizacional. A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto, constatamos que para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos actores nas situações de trabalho ou seja que a interacção com essa situação faça sentido. (Amiguiño et al, 1997; Bolívar, 1997;

O profissional deverá ter um conhecimento profissional *não standard* baseado numa reflexão crítica sobre a praxis onde se gere a emergência de conhecimento e de auto conhecimento e onde se possa “permitir a autonomia e nela, a consciência, a auto-estima, a imagem e a identidade” (Sá-Chaves, 2002: 85).

É necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional (Perrenoud, 2002); mobilizar a flexibilidade cognitiva (Sá-Chaves, 2004a) e mobilizar o próprio processo de integração enquanto um sujeito que aprende (Josso, 2002).

Neste processo de racionalização dos conhecimentos, das situações e das acções, o profissional integra nos seus saberes novas formas de pensar, de ser crítico, de ser autónomo e responsável; mobiliza as “transformações de competências”. Estas permitem lidar com situações desafiantes e mobilizar a capacidade de responder inteligentemente à mudança mais do que simplesmente efectuar generalizações, analogias ou reflexões, em suma, mobilizar as “competências transferíveis” (Pires, 2002).

Em relação à aprendizagem nos contextos de enfermagem, Costa (1998), na investigação efectuada na área da formação e práticas de cuidados a idosos, sustenta que os enfermeiros valorizam a aprendizagem em exercício, centrada nas práticas.

Abreu (1999) estudou as questões da relação entre aprendizagem, trabalho e dimensão social do contexto. Este estudo envolveu alunos e enfermeiros e foi baseado na teoria da aprendizagem de Kolb. Como resultados evidenciamos algumas das suas conclusões, em que, quer nos alunos, quer nos enfermeiros as competências de relação obtiveram os valores mais elevados. Dos contextos, salientou-se o serviço de medicina e a comunidade. Um, pelo tempo de permanência e o tipo de situação dos doentes e o outro, pela natureza do trabalho. Em ambos os grupos, o estilo de aprendizagem desenvolvido foi o estilo divergente.

Como temos vindo a verificar o processo de aprendizagem desenvolve-se, desde o início da vida, tanto no interior como no exterior das instituições, processos de aprendizagem que, não são apenas elementos singulares da experiência assimilados como componentes do mundo social, mas que também existe um "sistema de assimilação" que se desenvolve. Como refere Alheitl e Dausien (2006), trata-se da formação de estruturas super ordenadas e geradoras da acção e do saber, de estruturas cognitivas, da formação de *habitus* ou construção do sistema de referências de si e do mundo.

Para Canário (2000: 43) “os contextos constituem-se elementos no processo da construção do saber, integram as características e a filosofia da organização e a inteligibilidade global do profissional, face ao contexto, torna possível pensar e agir à escala da organização, posicionando-se como um actor autónomo e criativo, no sistema social que é a sua organização de trabalho”.

Assim, a aprendizagem experiencial surge na interacção entre o profissional, o contexto e a intenção existente no seu desenvolvimento, é factor de desenvolvimento de competências e resposta à gestão do conhecimento, resolução colaborativa de problemas e ao agir em contexto. Este processo contribui para o desenvolvimento pessoal, do contexto, dos cuidados e para a aprendizagem organizacional.

3. APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL: SUPERVISÃO, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA

É na complexidade do contexto, de pessoas, de saberes, de problemas, que é necessário e urgente intervir na vida dos serviços e das organizações visando um projecto, que em si é colectivo, e que visa o utente / cliente dos cuidados de saúde. Pensar a missão social da saúde e dos prestadores de cuidados e gerir a qualidade dos cuidados é promover uma análise reflexiva da prática, uma avaliação sistemática da complexidade existente, é ter presente a noção de supervisão, num processo, simultaneamente, formativo, avaliativo e transformador da prática dos cuidados.

Um supervisor é, assim, um líder capaz de promover, acompanhar, supervisionar e monitorizar, os vários projectos de forma sistemática e sistémica. Este facto atribui à supervisão: a missão de compreender e estimular o potencial de cada um para o colectivo, a responsabilidade de participar na concepção e desenvolvimento de um projecto, o conhecimento da função dos vários intervenientes e a utilização de estratégias de dinamização. Como refere Abreu (2003:19), “o trajecto de supervisão incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interacção e sobre dinâmicas de colaboração”.

Neste sentido, Alarcão (2000) e Ribeiro (2000), consideram subjacente ao supervisor a ideia de um processo contínuo de interacção e inter ajuda, de estratégias de observação, reflexão e acção sobre os problemas, de monitorização e avaliação com consequente intervenção colectiva.

Por outro lado, Sá-Chaves (2000), ao efectuar uma abordagem sobre este conceito, identificou várias formas de supervisão que vão desde uma posição mais rígida de inspecção e de direcção a posições mais flexíveis e facilitadoras de orientação e de aconselhamento. Qualquer das situações implica uma relação de comunicação entre profissionais, sendo importante na prática reflexiva introduzir a noção de distanciamento do supervisor em relação ao contexto e ao supervisionado, o que, “permite o alargamento do campo de análise e a possibilidade da sua compreensão sistémica e contextualizada” (Ib. Opc:125).

Abreu (2003) defende que a reflexão é uma competência essencial e implícita na prática do cuidar em enfermagem e deve ser trabalhada a nível da supervisão. Neste contexto aborda o processo de supervisão com estudantes em ensino clínico que, no nosso entender, e interligando com a aprendizagem ao longo da vida, é possível transpor para a prática clínica com os profissionais enfermeiros.

Assim, o processo supervisivo em contexto da prática clínica permite:

- Desenvolver uma aprendizagem centrada na prática;
- Utilizar soluções baseadas na evidência;
- Trabalhar as estratégias de pensamento em enfermagem, os focos de intervenção e as matrizes para a decisão;
- Envolver a equipa na formação e trabalhar a relação com os pares;
- Transformação do conhecimento pelo sujeito;
- Confirmar saberes e conferir significados;
- Favorecer a consciencialização “ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes (Abreu, 2007:168).

Abreu ainda coloca a ênfase da supervisão no desenvolvimento de uma identidade de competências e de um pensamento ético. É neste sentido que entendemos o processo de desenvolvimento de competências em contexto de trabalho como um processo supervisivo, com uma liderança formal ou informal, legitimada e reconhecida, com reflexão sobre problemas identificados na prática clínica dos cuidados, com consciencialização e partilha colectiva pelos enfermeiros, com consequente transformação do conhecimento e integração de esquemas de acção. O enfermeiro com a função supervisiva deve, de acordo com o modelo de Bronfenbrenner (1994), promover uma relação diádica desenvolvimental facilitada pela participação em padrões e níveis progressivamente mais complexos de actividades. É ao enfermeiro chefe ou seu substituto, pelas funções inerentes (Decreto Lei nº 437/91, de 8 Novembro), que compete “responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento (...) criar condições para a realização de actividades de formação (...) responsabilizar-se pela formação em serviço (...)”. Neste contexto, parece-nos importante referenciar um enfermeiro com estas competências e funções como o promotor de uma aprendizagem em contexto, visando a qualidade dos cuidados e o agir em contexto com um conhecimento-na-acção.

Formação, Experiência e Aprendizagem

Falar destes conceitos é necessariamente recorrer ao conceito de espaço como local de transformação de conhecimento e aquisição de saberes práticos e processuais, além da noção de tempo, sem que isso defina que uma destas coisas aconteça primeiro que a outra.

A formação não se reduz a formas organizadas e institucionalizadas. Como se tem vindo a analisar, ela engloba um complexo de experiências vividas, de episódios de transição e de crise, pelo que, na dimensão vivida, a aprendizagem está ligada ao contexto de uma biografia concreta (Alheitl e Dausien, 2006).

De acordo com os mesmos autores, muitos dos processos de aprendizagem desenvolvem-se de forma "**implícita**" com a forma de esquemas de experiência e de acção, sem que sejam, em cada momento, reflectidos de forma explícita. Surgem como aprendizagem implícita, esporádica e tácita. Outra dimensão relaciona-se com a sociabilidade da aprendizagem biográfica, ou seja, os processos reflexivos de aprendizagem não se desenvolvem, apenas internamente ao indivíduo, mas dependem da comunicação e da interacção com os outros, ou seja, da relação com um contexto social. Esta aprendizagem biográfica está ligada ao mundo-da-vida e sob certas condições podem ser analisados como "ambientes" ou "meios" de aprendizagem. As noções de aprendizagem experiencial, aprendizagem no mundo-da-vida ou aprendizagem contextual relacionam-se com a Lifelong Learning, associadas aos ambientes de aprendizagem.

Consideram ainda uma aprendizagem ligada à individualidade e significação da aprendizagem pelo próprio, estruturada numa lógica individual. Esta aprendizagem está ligada à capacidade "autopoiética" do sujeito organizar reflexivamente as suas experiências e, assim, atribuir um sentido à sua história de vida.

De acordo com Josso (2002: 30, 31) "à escala de uma vida, o processo de formação dá-se a conhecer por meio dos desafios nascidos da dialéctica entre condição individual e condição colectiva (...), pondo a tónica no inventário dos recursos experienciais acumulados e das transformações identitárias".

A aprendizagem experiencial surge com a partilha de experiências, de vivências, de vários mundos ao longo do curso da vida e como tal promotoras do desenvolvimento de competências individuais e colectivas. No âmbito da prática clínica de enfermagem, enquanto processo simultâneo de acção reflectida e de construção pessoal, Abreu (1997) identifica três componentes:

- Uma componente cognitiva em que as práticas profissionais permitem ao enfermeiro ter uma ideia mais objectiva de si próprio e do grupo de pertença;
- Uma componente avaliativa em que os enfermeiros se confrontam consigo próprios, os pares e os outros grupos adjacentes e
- Uma componente emocional relacionada com um conjunto de emoções que alimentam o processo de desenvolvimento pessoal através da configuração de inteligência emocional (Abreu, 2003).

Segundo Terra (2000), os modelos mais relevantes sobre aprendizagem individual são o modelo Behaviorista, o Cognitivo e o de Aprendizagem Experiencial. Centrando-nos nos modelos de aprendizagem experiencial, estes baseiam-se, principalmente, nos trabalhos de Dewey, Lewin e

Piaget. Segundo estes autores, a aprendizagem é um processo de tensão e conflito, que ocorre através da interacção entre o indivíduo e o meio, envolvendo experiências concretas, observação e reflexão, que geram uma permanente revisão dos conceitos aprendidos, ou seja, a aprendizagem é um processo e não um produto.

A origem do ciclo de aprendizagem é normalmente atribuída a J. Dewey (1989) com a abordagem reflexiva e com a noção de experiência como sendo tudo o que implica uma avaliação, um trabalho cognitivo e a descoberta de sentido, através da indagação, de algo que não está claro ou, pela presença de um estado de confusão, perplexidade ou dúvida. A aprendizagem surge assim como uma constante organização e reconstrução da experiência.

A aprendizagem surge da interacção da pessoa com o contexto e refere-se a desafios enfrentados na vida, na educação, nas instituições e na comunidade, ou seja ocorre sempre que a pessoa age e interage, reflecte e pensa. Como refere Antonello (2006), a aprendizagem experiencial é um processo que se inicia com a experiência seguida pela reflexão, discussão, análise e avaliação da experiência, emergindo *insights* ou novas aprendizagens. Os espaços de trabalho colectivo induzem a experiência, a sua transformação e o desenvolvimento pessoal e profissional (Amiguiño, et al, 1997).

De acordo com Dewey, a aprendizagem resulta de um processo de crescimento, ou seja, um processo contínuo como parte do desenvolvimento na vida do indivíduo. Embora ela ocorra em situações sociais, é o indivíduo quem aprende e o faz por meio da reorganização e reconstrução de sua experiência. A aprendizagem envolve acções e cognição, reflectir e pensar.

Dos vários modelos de aprendizagem experiencial abordaremos modelos relacionados com a teoria cognitivista e aprendizagem experiencial que promovem o desenvolvimento de competências.

A Reflexão e o Processo de Aprendizagem

Aprendemos através da experiência, pela observação directa ou fazendo parte dela enquanto sujeito da acção. Toda a situação é, potencialmente, aprendizagem, mas para que ocorra, é necessário o processo cognitivo que requer primeiro, tomar consciência do que fazemos e depois examinar o que na realidade acontece. Estamos perante o conceito de reflexão, iniciado por J Dewey, e continuado por Donald Schön (1987) com o conceito de reflexão na, sobre e para a acção. A observação de um profissional na prática (practitioners) revela, por parte destes, um “conhecimento na acção” e um “know how” que é em geral tácito transcendendo o que eles pensam que sabem e podem explicar. Nestas situações, Schön denominou estes profissionais de “artistas” (professional artistry) que, tendo desempenhos superiores, não conseguem tornar explícitos os seus

conhecimentos. Estes profissionais evidenciam uma capacidade de “reflexão na prática” (Reflective Practice) permitindo explicar as competências tácitas na resolução de problemas. É ser reflectido e reflexivo, ou seja, registar o que acontece e interiormente ter consciência dos pensamentos e sentimentos.

Este processo conduz a um terceiro conceito, a transformação do conhecimento, que envolve pensamentos, sentimentos, comportamentos e sentido, ou seja, “estar em situação” apresentado pelo modelo de aprendizagem experiencial (Burnard, 1997) de acordo com o Diagrama 1.

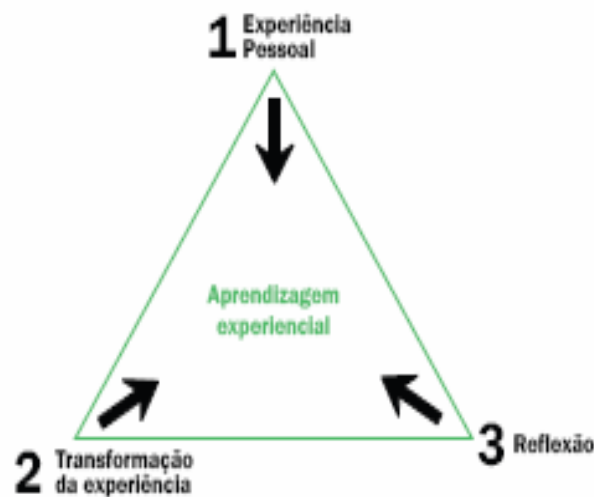


Diagrama 1. O conceito de aprendizagem experiencial (Burnard, 1997:52)

Em qualquer dos conceitos integradores da aprendizagem experiencial, é central a interacção, o diálogo interior e a transformação em resultado do exercício da inteligência. Existe um processo integrador dos saberes passados e presentes, projectando para novos saberes a que Sá-Chaves (2002) chama de espiral reflexiva.

Na continuidade do processo de aprendizagem, Zeichner (1993) enfatiza o processo reflexivo com três níveis de reflexão: 1) a reflexão técnica que inclui a análise de acções manifestas, englobando o que se faz e é susceptível de ser observado; 2) a reflexão prática, que se refere à reflexão sobre o que se faz resultando numa planificação das acções a implementar e ainda uma 3) reflexão crítica, envolvendo uma análise dos resultados e das implicações éticas e políticas.

Estas são capacidades características do desenvolvimento permanente em função da experiência, do desenvolvimento de competências e dos saberes profissionais que, como refere Perrenoud (2002:

13) “a figura do profissional reflexivo está no cerne do exercício de uma profissão, pelo menos quando a consideramos sob o ângulo da especialização e da inteligência no trabalho”.

A reflexão é uma habilidade essencial para o prático se tornar um perito em enfermagem (Burnard, 1997). Envolve um processo essencialmente de, desconstrução e reconstrução pessoal, “iluminação” /clarificação (enlightenment), empowerment (tomada de poder nas próprias mãos) e emancipação (Johns, 1995). Clarificando estes conceitos, o autor refere:

- “Iluminação” - é perceber quem eu sou no contexto de definir e entender a minha prática;
- “Enpowerment” - é ter a coragem e empenho para tomar as acções necessárias para mudar “quem eu sou”,
- Emancipação é libertar-me de formas de ser anteriores para poder tornar-me “quem preciso de ser”, da forma necessária para atingir a prática eficiente e desejável.

Sendo o pensamento reflexivo fundamental no processo de desenvolvimento profissional, Johns (1995) construiu o modelo de reflexão estruturado (Quadro 1), centrado em questões baseadas nos quatro modos de conhecimento definidos por Carper, além das questões reflexivas e do contexto temporal em que ocorre.

Quadro 1 - Modelo de reflexão estruturada (10ª versão)

1 – Escreve a descrição da experiência

2 – Guia de questões:

Estéticas	O que pretendia atingir? Porque respondi ao que fiz, do modo que fiz? Quais foram as consequências disso para: A pessoa, Os outros Mim? Como está a pessoa a sentir-se? (ou as pessoas)? Como é que eu soube isso?
Pessoal	Como me senti nesta situação? Que factores internos me estavam a influenciar?
Ética	Em que medida as minhas acções se relacionavam com as minhas crenças? Que factores me fizeram agir de maneira incongruente?
Empíricos	Que conhecimentos me informaram ou deviam ter informado?
Reflexivas	Como se relaciona isto com experiências prévias? Poderia ter lidado melhor em situações semelhantes? Quais seriam as consequências de acções alternativas para a pessoa, para os outros e para mim? Como me sinto agora em relação a esta experiência? Posso apoiar-me e aos outros como consequência disto? Alterou a minha maneira de chegar ao conhecimento?

Fonte: Johns C (1995)

Nesta sequência, Mezirow (1999) define a aprendizagem transformadora e acrescenta a dimensão de atribuição de sentido, além de valorizar a mobilização de experiências pessoais passadas e presentes, associadas à dimensão social e cultural. Quando este processo é efectuado em conjunto, enraizado em significados partilhados, introduz a dimensão de uma comunidade reflexiva de que fala Bordieu.

O processo reflexivo é, assim, um processo de tomada de consciência de respostas, de influências e de consequências de situações complexas caracterizadas por instabilidade e incerteza e conduz o modo de chegar ao conhecimento e antecipar novas formas de intervir.

Ainda considerando a aprendizagem, Michael Huberman (Day, 2001) propõe quatro ciclos de aprendizagem, progressivamente mais abertos, que transferimos para o contexto de cuidados:

- O ciclo individual fechado refere-se à aprendizagem privada do próprio em contexto de trabalho;
- O ciclo individual aberto, no qual o enfermeiro procura ajuda a um colega dentro do contexto de trabalho;
- O ciclo colectivo fechado, em que grupos se juntam para partilhar interesses comuns sobre a prática. O grupo é fechado por não haver participação de especialistas externos, confiando na sua sabedoria colectiva.
- O ciclo colectivo aberto corresponde às parcerias e redes de aprendizagem que envolvem outros significativos. Como o autor refere, os sucessos de aprendizagem e de mudança residem num trabalho colaborativo ao longo do tempo que não seja restrito a um grupo homogéneo mas que admita pessoas externas ao grupo. Neste ciclo (Diagrama 2), existem contributos conceptuais, para iluminar, questionar e conceptualizar o conhecimento prático, contributos didácticos com aplicação e experimentação e recolha e análise sistemática dos dados.

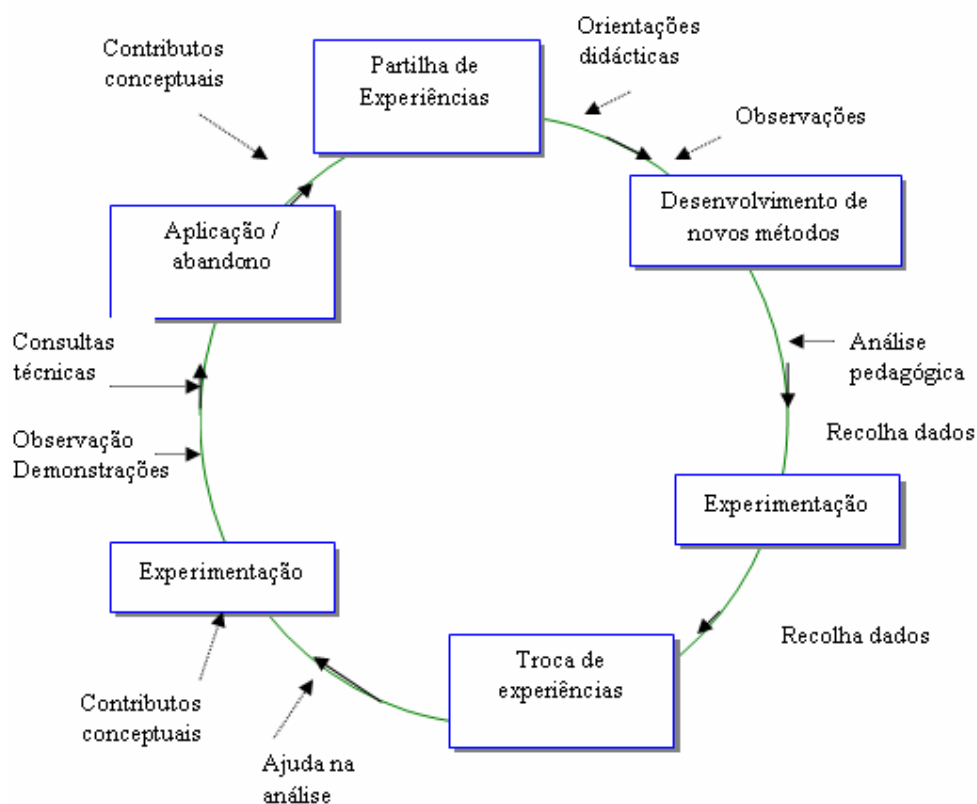


Diagrama 2 - Ciclo colectivo aberto (Huberman citado em Day, 2001:275)

As situações desta natureza que conduzem à aprendizagem da pessoa verificam-se ao longo da vida e no percurso profissional. A sua vivência no contexto profissional com a partilha de situações, de sentimentos e de reflexões sobre situações problema, promove a aprendizagem experiencial, o desenvolvimento humano e perspectiva intervenções em situações futuras.

Modelo Interpretativo, Holístico

O modelo interpretativo holístico enfatiza o significado e o contributo da aprendizagem baseada no trabalho para o desenvolvimento de competências em enfermagem e rejeita o modelo comportamental, behaviorista e genérico (Flanagan, Baldwin e Clarke, 2000). Centra-se na resolução de problemas gerais, mobiliza o pensamento crítico e perspectiva as capacidades transferíveis.

É uma abordagem interpretativa que passa pela solução de problemas, reformulando continuamente as estratégias e possíveis soluções através de acções e de diálogo. Desta forma, existe a relação entre a teoria e a prática; a relação entre profissionais, a investigação como procura de novas soluções e a cooperação efectiva entre pessoas com diferentes papéis e experiências (peritos). Este modelo considera o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e qualidades pessoais e profissionais bem como a parceria a vários níveis. Desenvolvem-se novas formas de aprendizagem em que, de acordo com Marsick, (citado em Flanagan, Baldwin e Clarke (2000) a aprendizagem é um modo de adquirir, interpretar, reorganizar, mudar ou assimilar um conjunto relativo de habilidades e de sentimentos, individualmente ou em grupo.

O paradigma emerge da acção e na acção, mobilizando em simultâneo as pessoas e os contextos, o que vem ao encontro das actuais abordagens de competências onde é privilegiada uma concepção holística e globalizante desejável a um processo de construção e de desenvolvimento das competências dos adultos.

A construção de novas formas de organização dos saberes visa a organização e o desenvolvimento de um pensamento complexo, sistémico, transdisciplinar suportado em conhecimentos que contemplam uma cultura científica, tecnológica, humanista e social.

Neste sentido Costa (2001) refere que a especificidade dos problemas em contexto de saúde ao longo do ciclo de vida “representam nas sociedades actuais um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, inspiradas em abordagens holísticas, integradoras, dignificantes e humanizadas” (Ib. Opc..19)

Também num estudo efectuado com enfermeiros (Gonçalves e Serrano, 2005), baseado na metodologia de trabalho por projecto, e que entendemos enquadrar-se neste modelo, as autoras evidenciam: as relações estabelecidas entre os actores, as parcerias efectuadas, as mudanças verificadas a nível individual, do grupo e do serviço, a centralidade da abordagem no cliente e a análise das diferentes variáveis intervenientes. Focalizam os pontos fortes no processo reflexivo e investigativo sobre o problema identificado, a partir da diferença entre o ideal e a situação existente, e no princípio da compreensão do contexto e valorização da experiência dos actores. Salientam, a aquisição de novo conhecimento, a consolidação do existente e a criação do espaço de partilha colectivo com desenvolvimento de competências quer individuais quer colectivas. Por outro lado, a centralidade deste processo focalizou-se na abordagem reflexiva, evidenciada ao longo do processo pelas reflexões fundamentadas, que justificavam as várias intervenções, explicitadas num portfolio reflexivo. Este processo, pela sua abrangência no profissional, na situação, no conhecimento e na acção, promoveu o desenvolvimento de competências enquanto pessoa e profissional.

Modelo – Aprendizagem Experiencial de Kolb

Kolb (1984) construiu um modelo sobre a aprendizagem experiencial, consistindo a aprendizagem na criação do conhecimento através da transformação da experiência. Aproxima estes dois eixos propiciando a visão processual no que se refere à aprendizagem e à formação de competência destacando a importância da acção e da reflexão num processo contínuo que visa o equilíbrio, as acções e abstracções caracterizadas nesse ciclo (Bitencourt, citado em Ruas, 2005).

Para Kolb (1984:41), a noção de aprendizagem experiencial é “um processo, por meio do qual o conhecimento é criado pela transformação de experiência” e enfatiza:

A aprendizagem, como um processo contínuo (não como um resultado) com base na experiência; admitindo a existência de aprendizagem informal e considerando o contacto directo com a situação e a possibilidade de agir; transformando a experiência tanto na sua forma objectiva como subjectiva.

- A aprendizagem tem implícita uma abordagem holística e integradora da experiência. Combina experiência, percepção, cognição e comportamento e envolve uma integração de todo o organismo nas componentes: pensar, sentir, perceber e agir.
- O conhecimento, como um processo de transformação e continuamente recriado.
- A interacção entre a pessoa e o ambiente;
- O processo de aprendizagem que se operacionaliza num modelo - “ciclo de Kolb”, (Diagrama 3) composto por duas dimensões – concreto / abstracto e activa / reflexiva.

Estas dimensões desenvolvem-se num ciclo de quatro fases distintas, definidos como modos adaptativos de aprendizagem (Diagrama 3).

Estes modos são colocados em pólos opostos, definidos por ordem de sequência de início do ciclo: (1) experiência concreta seguida de (2) observação reflexiva, (3) conceptualização abstracta e (4) experimentação activa.



Diagrama 3 - Processo de Aprendizagem Experiencial de Kolb (1984:42)

São unidos os pólos por dois eixos – 1) o eixo da apreensão com o pólo da compreensão, onde o sujeito faz recurso à experiência concreta e suas características e o pólo da “compreensão”, com recurso às representações e à interpretação que o sujeito faz da experiência, através da conceptualização; 2) o eixo da transformação com o pólo da “intenção”, baseada numa reflexão interior com respeito à observação reflexiva e o pólo da “extensão” que consiste numa manipulação activa do mundo e que se refere à experimentação activa.

Neste processo, as pessoas exercitam a função de actor e observador apresentando habilidades diferentes frente ao conflito e desenvolvendo um estilo próprio de aprendizagem.

Dado que o modelo apresenta duas formas distintas de apreensão e de transformação, o resultado apresenta quatro formas elementares de conhecimento: divergente, assimilativo, convergente e acomodativo. Como refere Abreu (2001) a base do processo de aprendizagem reside nas

transacções entre os quatro modos e o resultado da dialéctica adaptativa e o conhecimento resulta, segundo Kolb, da combinação entre a experiência percebida e a transformação da mesma, onde

Esta possibilidade de agir com um determinado sentido sobre a situação é uma das componentes fundamentais da formação experiencial: reforça o contacto directo, a relação sujeito/objecto e favorece o ambiente de reflexividade e de releitura da experiência. É neste contexto que se torna pertinente a aposta na partilha de experiências e de vivências, no confronto de processos e de resultados, instituindo espaços de trabalho colectivo (Ib. Opc.: 108).

Permite concluir que o processo de aprendizagem não assume as mesmas características em todos os indivíduos, dado o processamento interno se efectuar com base nas escolhas individuais e nas experiências anteriores de cada um. Cada indivíduo, por esta razão, programa a sua estrutura de percepção fazendo variar a apreensão, a compreensão e a transformação. Assim, cada estilo de aprendizagem é definido em função da predominância dos modos adaptativos de aprendizagem.

Na investigação efectuada por Kolb (Abreu, 2001), o estilo de aprendizagem é condicionado e reforçado pelo uso repetido de determinadas competências típicas ou exigidas no contexto. Os cursos que se enquadram na área das ciências humanas e sociais, como a enfermagem, enfatizam o uso de competências de relação, sendo considerados contextos de aprendizagem divergente.

Este estilo “situa-se no oposto do convergente: enfatiza a experiência concreta e a observação reflexiva. Demarca-se pela capacidade de imaginação, pela susceptibilidade a valores e pela capacidade de avaliar situações sob diversas perspectivas. Existe maior predominância da observação sobre a acção. O estilo é denominado divergente porque o indivíduo consegue criar ideias alternativas e prever implicações. Interessa-se pelas relações interpessoais e desenvolve com grande acuidade as competências de ordem afectiva” (Abreu, 2001:121).

Sintetizando a aprendizagem experiencial pode ser descrita como um processo pelo qual a experiência do indivíduo é reflectida, influenciada pelo contexto, emergindo *insights* ou novas aprendizagens. Ela pode ser definida então, como um processo que inicia com a experiência seguida pela reflexão, discussão, análise e avaliação da experiência.

Como temos vindo a analisar a aprendizagem experiencial ao ser contextualizada sofre a influência do clima e cultura da organização.

4. O CLIMA E CULTURA: DIMENSÕES DA APRENDIZAGEM EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Ao longo da história das organizações, os conceitos *clima* e *cultura* revelam diferenças cronológicas mas, essencialmente, diferenças conceptuais. Os resultados indicam que o clima influencia quer a motivação e o comportamento dos indivíduos, quer a produtividade organizacional, sendo o clima “algo que é criado por um conjunto de sujeitos que interagem e partilham uma estrutura de referência comum, ou seja, a cultura organizacional” (Neves, 2001:433). Ao efectuarmos a nossa investigação em contexto hospitalar, mais concretamente no serviço de medicina, e considerando este como uma unidade social onde existe construção subjectiva pelos diferentes indivíduos, pelo uso de linguagem e pela interacção de vida diária de significados partilhados inter subjectivamente, achamos pertinente aprofundar esta temática.

Várias são as perspectivas que se debruçam sobre o clima organizacional mas, numa primeira abordagem, é a perspectiva cultural que entende o clima como um sistema padronizado de significados, revelados pelas diversas formas e manifestações que possibilita a interacção entre os indivíduos e cria formas de vida em comum.

O clima é um conceito sistémico que resulta das características organizacionais percebidas pelos indivíduos e que tem na base três filtros: a personalidade do indivíduo, pela forma como percepçiona, a estrutura cognitiva que possui e a interacção com os outros. Como resultado surge um conjunto de percepções partilhadas que constituem o clima organizacional, integrado na cultura. A cultura é assim “uma estrutura composta por diferentes camadas de elementos (valores, normas, pressupostos fundamentais, padrões de comportamento, artefactos, etc.), unidos por um núcleo comum que é o significado” (Ib. Opc., 446), sendo o âmbito do significado o que diferencia *clima* de *cultura*. Assim, o *clima* é um conceito mais de raiz individual e a *cultura* um conceito mais de raiz grupal e colectiva.

Na *cultura* o alvo é o significado colectivo partilhado nas diversas formas e manifestações pelo grupo, entendendo-se este como um conjunto de pessoas que partilham objectivos, problemas e regras comuns; resolvem os problemas de acordo com os objectivos, valores e interesses que perfilham e aceitam os novos elementos que seguem as regras (Bilhim, 2005). A *cultura* assume, assim, um papel de processo de aprendizagem (Schein, 1992) reflectindo-se na organização, pela missão e valores subjacentes, pelas crenças e pelas estratégias utilizadas (normas e procedimentos). É este carácter de partilha de compreensão, que confere à cultura a capacidade de guiar e dirigir os comportamentos, promovendo uma ligação afectiva, tranquila e observável (símbolos, linguagens,

narrativas e práticas), mediante as quais as pessoas exprimem e comunicam a ideologia. Neste sentido, é comum referirem-se as organizações como cultura e não como tendo cultura.

Segundo Neves (2001), parece ser legítimo considerar ambos os conceitos, *clima* e *cultura*, como integrados em camadas sucessivas de uma mesma “cebola”, considerando as camadas mais periféricas - *clima* (o que acontece), e as mais profundas - *cultura* (o porquê dos acontecimentos); esta, mais resistente à mudança e com efeitos a longo prazo.

Desta forma percebemos *cultura* como sendo um fenómeno essencialmente processual, suportado por interações e negociações, emergindo de actos intencionais e voluntários quando agem individualmente ou em grupo e que contribuem para uma referência comum na intervenção do cuidar em enfermagem.

Neste sentido evidenciamos os interaccionistas e etnometodologistas que situam o enfoque na natureza socialmente construída das organizações que têm como objecto de estudo a evidência e a negociação organizacional (Bilhim, 2005). Procura-se com estas perspectivas buscar a compreensão dos esquemas de referência partilhados e das práticas diárias em que os enfermeiros estão envolvidos, preocupando-se com a maneira como descrevem e compreendem o seu mundo.

Ao perceber a cultura organizacional como uma das dimensões em análise no nosso estudo, consideramos três camadas explicativas a explorar: uma primeira relacionada com fenómenos que se podem ver, ouvir e sentir (artefactos); uma segunda, que se refere a valores corporativos professados pelos diferentes membros – estratégias, objectivos e a filosofia e uma terceira constituída por crenças inconscientes, percepções, pensamentos e sentimentos (Schein, 1985)

A partir da análise destas dimensões, não só é possível compreender a dimensão *cultura*, como também a dimensão Identidade, ou seja, aquilo que é definido de modo consensual pelas pessoas como sendo central, distintivo e duradouro, sobre a sua situação particular e a dos outros (Fiol, 1991).

Por outro lado, “a cultura uma vez incorporada, cristaliza-se nas instituições. Todos os modelos e práticas associadas à gestão são influenciadas pelo contexto e pelas pessoas, seus valores, crenças e expressões “ (Finuras, 2006: 203). Como já anteriormente referimos, a cultura pode ser alvo de um processo de aprendizagem que, transportado para uma realidade mais micro, em termos de contexto, parece revelar a eficácia dos gestores consolidarem um conjunto de características e competências estruturadas em três vertentes:

- Domínio de actividades e técnicas específicas inerentes à sua actividade;
- Conhecimento das orientações culturais dominantes;
- Conhecimento dos aspectos situacionais.

A cultura constitui uma série de regras e normas que uma sociedade vai adoptando para fazer face aos problemas correntes que a confrontam e funciona como um programa mental colectivo que pode ser apreendido por um processo de aprendizagem organizacional.

5. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

A aprendizagem ocorre ao longo da vida e apresenta diferentes formas conforme o contexto onde se situa. Nos contextos de trabalho a aprendizagem na acção constitui-se como aprendizagem informal o que acontece naturalmente como parte do trabalho diário. Esta aprendizagem é situada e dá-se em espaços e interstícios da vida organizacional. Neste caso a interacção social é um componente crítico da aprendizagem situada, onde os aprendizes ficam envolvidos em “Comunidades de Prática”, possuindo certas convicções e comportamentos previamente e definidos.

Nestes processos de aprendizagem organizacional (AO) a cultura é central e promotora de mudança.

O dinamismo característico desta problemática é um convite à reflexão sobre a capacidade que as organizações e os seus colaboradores têm, individualmente ou colectivamente, de processarem e criarem conhecimento.

Situamos também a temática do desenvolvimento de competências dos enfermeiros na aprendizagem organizacional, chave das adaptações à mudança, na interface com a imprevisibilidade e incerteza dos contextos articulados ao nível – individual, grupal e organizacional e com a natureza contínua e permanente de mudança nas organizações. A AO coloca-se assim, quer a nível dos vários sistemas, na interacção com o meio, quer a partir de uma visão mais alargado (Fiol e Lyles, 1985) onde se considera um processo individual e grupal que permite o desenvolvimento das organizações através da aquisição de novo conhecimento e da sua utilização.

Senge (1990) designou as organizações como entidades que aprendem, reforçando a ideia que a partir do momento em que nelas se aprende, se consegue obter aprendizagem organizacional. Uma entidade aprende quando existe modificação dos comportamentos e processamento de informação (Huber, 1991), o qual ocorre através de visões partilhadas, conhecimento e modelos mentais construídos sobre o conhecimento passado e a experiência (memória organizacional).

Além das dimensões referidas, existem determinantes na organização que contribuem para o mesmo objectivo. São referidos entre outros: orientação para o cliente; valorização do questionar e o desafiar a norma; valorização da criatividade, experimentação e orientação para a acção; ser tolerante ao erro; partilhar a visão pelos colaboradores através de comunicação eficaz; ter oportunidade de aprendizagem; reconhecer o auto-desenvolvimento e a comunicação aberta (Hill, 1996 citado em Rebelo et al, 2001: 15).

Schein (1994) acrescenta a crença de que as organizações têm capacidade de introduzir mudanças no meio e de que a aprendizagem do pensamento sistémico e a valorização do trabalho em grupo constituem elementos de relevo.

Para (Bolívar, 1997) estes factores sintetizam-se na existência de: 1) capacidade para ser sensível às necessidades do meio; 2) utilizar o saber adquirido para incrementar a eficácia das suas respostas e 3) responder de forma criativa quando se detectam erros e definem as organizações que se comprometem com a aprendizagem colectiva. Nesta situação os seus membros actuam como agentes de aprendizagem (Argyris e Schon, 1978) tendo, no entanto, de aprender a lidar com a incerteza do meio, o que depende do nível de competências de cada indivíduo no seio das organizações e do modo de aprender (Cardoso, 2000). Neste sentido, a investigação surge como uma das principais fontes de aprendizagem a todos os níveis, onde o conhecimento é visto como emergindo duma participação activa e da vivência diária do trabalho, sendo este propício para um processo de aprendizagem pelo fazer, que num processo global conduz ao pensamento colectivo (Antonello, 2005).

A aprendizagem organizacional, no entanto é abordada por vários autores, no entanto focar-nos-emos nos focos de aprendizagem sistematizados por Antonello e na quinta disciplina de Senge, uma vez que, não as considerando mutuamente exclusivas, contribuem para contextualizar a investigação que temos vindo a efectuar na área da saúde.

Foco na Socialização da Aprendizagem Individual

A AO ocorre na medida em que os indivíduos experienciam uma situação problemática e a investigam empregando um olhar organizacional, identificando as lacunas entre o esperado e os resultados das suas acções presentes.

A partir deste momento, “respondem com um processo de pensamento e acções que os levam a modificar os seus modelos mentais em relação à compreensão dos fenómenos organizacionais e reestruturar as suas actividades de forma a alcançar os resultados previamente esperados.” (Ib. Opc.:18). Ocorre uma interacção individual consciente por parte dos indivíduos, resultado da troca de experiência e duma realização colectiva, viabilizada por meio do consenso e de cognições partilhadas. Este facto responde ajustando comportamentos a problemas de desempenho, constituindo aprendizagem para a organização.

Foco em Processo-Sistema

A aprendizagem ocorre como parte da actividade individual diária, especialmente gerada na interacção com os outros e com o meio. Nos grupos, ocorre quando cooperam para atingir objectivos comuns e no sistema, na sua globalidade, ao obter feedback do ambiente, antecipando mudanças posteriores. Existe o processamento da informação, interpretação e distribuição de informação pela organização. Neste processo poder-se-á construir o conhecimento a partir de dois processos:

- Aprender com a experiência acumulada, mediante adaptações progressivas de novas ideias ou propostas – memória colectiva organizacional”;
- Aprender com os projectos postos em prática.

Foco em Cultura

Evidencia-se a cultura como um mecanismo da construção de significados (sensemaking) que guia e forma os valores, comportamento e atitudes dos funcionários.

A cultura deve ser compreendida como uma forma partilhada de dar sentido às experiências (Argyris; Schon 1996); e o trabalho em equipa como forma de incentivar a aquisição de novas competências e conhecimentos, gerando a principal fonte de qualidade, inovação e serviço. A aprendizagem “é o processo que exige ingressar no sistema cultural de significados compartilhados” e envolve três etapas:

Monitorização do ambiente, através de contactos pessoais e características da natureza do trabalho;
Interpretação dos dados através do significado atribuído – existem percepções partilhadas e mapas cognitivos construídos;

Aprendizagem pela aplicação de teorias em acção. (Gherardi et al citado em: Antonello, 2005:21)

Foco em Gestão do Conhecimento

Esta abordagem vincula a AO à criação do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997), sendo um processo de transferência de conhecimento entre os níveis individual, grupal, organizacional e interorganizacional. O objectivo é criar um ambiente de aprendizagem entre os indivíduos e a organização, promover a interacção e fortalecer a base de conhecimento.

Em capítulo próximo pretendemos aprofundar a teoria da construção do conhecimento destes dois autores, por nos parecer fundamental, não só, no processo de profissionalização mas também no processo de desenvolvimento de competências.

Foco em Melhoria Contínua

Nesta abordagem, a organização que busca a aprendizagem está num estado de “contínuo esforço”, de facilitação de aprendizagem individual para transformar a organização inteira e o seu contexto. A gestão da qualidade total (GQT) é um marco para a organização de aprendizagem (Wang e Ahmed, citado em Antonello, 2005).

O principal objectivo com a GQT é a busca pela melhoria contínua cujo foco é o acto de conhecer e satisfazer o cliente pela melhoria de processos a partir da compreensão do conceito de cliente interno – envolvendo cada funcionário, implementando um amplo treino e desenvolvimento organizacional e concentrando-se em melhoria de custos, qualidade e satisfação do cliente (Evans, Lindsay, 1999 ; Antonello, 2005:24)

Para vários autores a GQT (Garvin, 1993; Barrow, 1993) existe numa relação entre esta e a AO e visam o sucesso da GQT relacionado com a habilidade da organização – aprender, absorver, aplicar e integrar à organização.

Foco em Inovação

Nesta abordagem, a ênfase é colocada na inovação. Este é o processo no qual são geradas ideias que podem levar à criação de conhecimento, cujo desenvolvimento constitui a aprendizagem.

Além das abordagens acima descritas, Dodgson (1993) valoriza a aprendizagem no sentido colectivo e não individual e realça três conceitos que a orientam:

- Conhecimento-base, que define a especificidade organizacional e competências específicas – envolve a tecnologia, a organização do trabalho;
- A atribuição de sentido e valor
- A comunicação e rotinas, como regras, procedimentos, estratégias e tecnologias à volta da qual se estrutura a organização.
- O autor relaciona a aprendizagem organizacional com a forma como as organizações adquirem e organizam o conhecimento e as rotinas: em torno das suas actividades, dentro das suas culturas, em suma, com a capacidade de se tornarem eficazes ao rentabilizarem as competências nucleares dos seus membros.

Dado existir um paralelismo entre o trabalho em saúde, com a sua complexidade e diversidade de dimensões em interacção e as organizações que aprendem, seleccionámos o modelo apresentado por Senge por focalizar o esforço nos grupos e equipas de trabalho e não nos indivíduos

isoladamente. É um modelo que depende de interfaces, consubstanciado em relações de troca e em comportamentos de cooperação.

O modelo de Senge assenta em cinco disciplinas “tecnologias de componentes” que denominou de: Pensamento sistémico, definido como a essência da “quinta disciplina”. A organização é parte integrante de vários e diferentes sistemas em permanente e continua interacção, permitindo a adaptação ao meio;

Domínio pessoal, centrando na pessoa e nos seus objectivos pessoais a capacidade e a perseverança de analisar a realidade, de modo a envolver-se nos processos de aprendizagem pessoal;

Modelos mentais, como grelhas pessoais de análise dos factos, para poderem agir e interagir no contexto;

Visão partilhada, como forma de alcançar os objectivos, assente na existência de uma crença e aspiração comuns;

Aprendizagem em equipa, considerada a chave para a organização se desenvolver como um conjunto, pelas sinergias existentes e pela cooperação no grupo.

Este modelo apresenta como regras elementares:

Capacidade para identificar soluções anteriores, visando soluções para os actuais problemas;

Procurar cenários alternativos que possam identificar novas respostas em vez de ficar pela análise do actual problema;

Evitar o confronto com determinado problema, delegando a responsabilidade em terceiros, possa inibir o natural desenvolvimento da situação;

Procurar a essência dos problemas pelo distanciamento necessário e suficiente do pensamento causa / efeito, pela ligação à estrutura que o envolve e por uma abordagem gradual e simultânea (Cardoso 2000:14).

Como temos verificado, o conhecimento é de natureza “processual”, necessita de ser contextualizado e só tem sentido quando associado à mudança quer haja ou não intencionalidade. Atribuiu-se à organização capacidades cognitivas e igualmente “memória organizacional” (Bolívar, 1997). Esta noção, faz sentido quando explicita que a aprendizagem organizacional “é um processo de aprender com a experiência passada”, quer como forma de análise crítica para evitar erros, quer como forma de pensar sobre novas soluções. Este facto conduz-nos a um saber experiencial que, ao longo do tempo, se transforma num saber acumulado, dando lugar a “rotinas” que permanecem para além dos indivíduos. Num serviço hospitalar, o saber experiencial que de forma tácita ou explícita existe, configura a memória organizativa, constituindo em cada serviço em particular e na organização em geral a base para o seu desenvolvimento / consolidação e a capacidade para a mudança.

A AO é um elemento fundamental para as mudanças que ocorrem dentro e fora das organizações. A construção do conhecimento efectua-se a partir de dois processos: aprender com a experiência acumulada mediante adaptações progressivas de novas ideias ou propostas – “memória colectiva organizacional” e aprender com os projectos postos em prática, exigindo das organizações uma cultura de colaboração em equipa.

O uso da investigação na fundamentação do processo torna-se, também, essencial pelo modo como estuda as situações problemáticas num olhar organizacional.

Em síntese, o processo de aprendizagem organizacional é realizado recorrendo a cinco grandes actividades e três estágios, em ambiente de trabalho.

Como actividades são referidas:

- Resolução sistemática dos problemas;
- Experiência com novos enfoques;
- Aprendizagem pela experiência e história passada;
- Aprendizagem pela e pelas melhores práticas dos outros;
- Transferência rápida e eficiente do conhecimento para toda a organização (Cardoso: 2000)

Como estágios são referidos:

- Monitoramento – “o processo de monitorar o ambiente, o que subsidia os gerentes de dados ambientais”; estes dados são viabilizados por contactos pessoais.
- Interpretação – implica dar significado aos dados; nesse momento a mente humana está envolvida, percepções compartilhadas e mapas cognitivos são construídos;
- Aprendizagem – envolve novas respostas ou acções baseadas na interpretação. A aprendizagem é o processo de colocar teorias cognitivas em acção” (Antonello, 2005).

O próprio contexto organizacional contribui para que os indivíduos interajam uns com os outros pelo processo de formação e pelo significado e sentido da experiência, através de iniciativa individual ou da interacção com os pares no trabalho.

Um ambiente de aprendizagem promove a reflexão, o tempo para a reflexão, a visão partilhada, a reflexão na equipa, a autonomia e a liderança. Outras dimensões a considerar, são a possibilidade de agir num determinado sentido, reforçando o contacto directo, a relação sujeito/objecto, a releitura da experiência e o confronto de processos e de resultados.

Através da reflexão organizacional verificam-se processos de interacção dos actores, promovem-se comunidades aprendentes que, no nosso entender, são um desafio para o futuro, não só a nível micro ou seja a um nível de serviço e organização, como a um nível macro, mais global, ao nível das comunidades das várias práticas em diferentes instituições.

Modelo de Aprendizagem Colaborativa

Considerando as comunidades da prática (CoPs) como entidades importantes para a construção e partilha de conhecimento, entendemos o modelo de aprendizagem colaborativa como um modelo a integrar a este nível. No entanto, este modelo sugere a necessidade de parcerias colaborativas entre os estabelecimentos de formação e as empresas e tem implícita a noção de “flexibilidade contínua” como condição necessária para o sucesso (Day, 2001). Para este autor “as redes são diferentes das parcerias apesar de incluírem os mesmos princípios de colaboração e contarem com muitas das mesmas componentes e formas de trabalho” (Ib. Opc.: 268).

É objectivo deste modelo a mudança sistemática. A rede é constituída por diferentes organizações ou serviços com o objectivo comum de desenvolvimento local e trabalho, conjuntamente, com o apoio de investigadores das Universidades e de outras organizações. Permite um trabalho continuado, cooperativo e de definição de estratégias de intervenção “trabalhar em rede, através de parcerias é, assim, um modo de aprendizagem importante” (Ib. Opc.:269). O trabalho em rede reconhece a necessidade de um desenvolvimento continuado que se “adapte” à necessidade de aprendizagem individual.

Segundo Gibbson (Day, 2001), o conhecimento é gerado no contexto da aplicação, inclui várias práticas, é mais temporário e heterogéneo e colabora na resolução de um problema num contexto específico. É denominado Mod 2 de produção de conhecimento, situado no ciclo colectivo aberto de aprendizagem, que envolve outros significativos e outro tipo de conhecimento, útil ao complemento das práticas (Day 2001).

Dentro destes modelos e direccionados para a construção de conhecimento, surgem as comunidades organizadas.

Comunidades da Prática

Nas CoPs o conhecimento é reconhecido como a chave para o avanço competitivo no mundo das organizações. Pode ser informal, formal e resultado de um pensamento reflexivo em torno de problemas que, necessariamente, necessitam de solução.

Estes grupos, quando informais, à procura de conhecimento e informação para a resolução de problemas no campo específico de trabalho, poderão dar origem às denominadas comunidades da prática (CoPs).

Segundo Wenger (1998), frequentemente se diz que as pessoas são o recurso mais importante das organizações. Pretende-se a participação das pessoas envolvidas no processo de criação, desenvolvimento, comunicação e uso do conhecimento. Este processo pode ocorrer, no face a face, com conferências ou pela partilha de ideias através da Internet (McDermott, 2001). No entanto, o importante é definir o que é melhor para a organização e considerar o tipo de conhecimento a partilhar; como depositá-lo na comunidade e como ligar o novo conhecimento às necessidades diárias. Nesta continuidade, Wenger (Ib. Opc.) define as CoPs nas suas três dimensões:

- O que trata o assunto/tema, ou seja, como é entendido e continuamente renegociado pelos seus membros.
- Como funciona, ou seja, qual o envolvimento mútuo que une os seus membros numa entidade social.
- Quais as aptidões que (a) produziu, ou seja, que rotinas, sensibilidades, artefactos, vocabulário, estilos, etc., que os membros têm desenvolvido.

O resultado da CoP reflecte a compreensão do que é importante para os diferentes elementos do grupo, sendo a comunidade que produz a prática e não um mandato externo. As comunidades da prática são, neste sentido, sistemas auto-organizativos. As pessoas participam de diferentes maneiras e em diferentes graus de desenvolvimento, permitindo criar oportunidades de aprendizagem a todos os elementos.

É definido mais pelo conhecimento do que pelas tarefas e o tempo e é determinado pelo valor dos seus membros e não pelo fim de uma tarefa.

As CoPs podem ser descritas a partir de três dimensões, assim definidas pelo autor: empreendimento comum, envolvimento mútuo e repositório de informação partilhada. Neste sentido, a prática serve como fonte de coerência e explicitação a uma comunidade e inclui linguagem, documentos, símbolos, procedimentos e regras.

O empreendimento é visto como o resultado dum processo colectivo de permanente negociação que reflecte a complexidade da dinâmica do envolvimento mútuo, criando relações e responsabilidade entre os membros da comunidade.

Independentemente da forma como são criadas as comunidades da prática, elas necessitam para o seu funcionamento de uma liderança interna formal ou informal mas legitimada pela comunidade, precisando se ser “cuidadas” e “nutridas” (Wenger, 2000). Neste sentido, consideram-se um conjunto de elementos como:

- Tempo e espaço – a necessidade da presença e da visibilidade de uma comunidade na vida dos seus membros e os seus eventos e rituais, reforçam as relações e valores;
- Participação – a interação dos seus membros na partilha da prática favorece a possibilidade da comunidade competir e criar prioridades aos seus membros;
- Criação de valor – a interação cria valor entre os seus membros, factor de desenvolvimento e identificação à comunidade;
- Conexões – a necessidade de interações no local ou fora dele, com outras comunidades, reforça as relações mais globais;
- Identidade – fundamenta a pertença e competência da pessoa transitando para a vida dos seus membros;
- Sentimento de pertença e fronteiras – interagindo no contexto, constroem bases de confiança e o sentido de pertença.

O desenvolvimento da Comunidade, ou seja, a maturação e integração da comunidade, faz-se através de estágios de desenvolvimento das relações que se estabelecem pressupondo uma pessoa ou núcleo que assuma a responsabilidade pela sua evolução.

É neste conjunto de características que se projecta a prática de cuidar em enfermagem e que, de uma forma mais ou menos explícita, esta evidência se reflecte no dia a dia das organizações. Hoje em dia, em muitas das organizações, o conhecimento explícito (combinado) está de tal forma organizado, que permite a informatização de grande número das referências dos cuidados de enfermagem. Podemos constatá-lo pela existência da informatização de dados no domínio da enfermagem através de programas de aplicação informática (SAPE, SONHO, SINUS), o que promove o desenvolvimento de uma linguagem comum como o caso da classificação internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE). Estes mecanismos permitem uma partilha e gestão de conhecimento, promotores do desenvolvimento da prática, da profissão e da disciplina através de evidências da mesma. Este facto, no entanto, não deve descurar a partilha de ideias.

Segundo McDermott (2001a), as empresas nos últimos anos usaram a Internet e outros tipos de tecnologia de informação para trocarem conhecimento. Posteriormente, chegaram à conclusão que o valor da gestão do conhecimento se encontra na troca de ideias e nos ganhos resultantes.

CAPÍTULO III

OS ACTORES NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. O PENSAMENTO COMPLEXO E O CONHECIMENTO DOS ACTORES NA ORGANIZAÇÃO

As organizações são a parte visível de um iceberg, onde se projectam as pessoas e as interacções numa teia de ligações em estruturas que as próprias definem. São em si, sistemas que se interligam e sobrepõem em camadas concêntricas e ou radiais num processo dinâmico, unidades complexas no meio da complexidade. A parte invisível do iceberg, caracterizado pela individualidade do ser humano, projecta-se no todo da organização através da forma como cada um se posiciona em relação a si e ao mundo.

Falar de complexidade é para nós demasiado pretensioso, mas a sua abordagem torna-se, mais uma vez, um contributo para a compreensão da problemática – os enfermeiros, o cuidar e as competências e mais especificamente para a resposta à questão “como desenvolvem os enfermeiros as suas competências em contexto de trabalho?”.

Como nos diz Morin, o pensamento complexo é como que uma viagem que busca um modo de pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza e o mistério do real. Situa-se para lá do reducionismo e do holismo, apelando à inteligibilidade das relações existentes de forma dinâmica. Este facto transporta-nos para uma abordagem a partir do todo e não das partes.

O modo como lidamos com a complexidade, faz apelo ao conhecimento enquanto pessoa e profissional, à forma como o mobilizamos, o aplicamos e o interpretamos. Não há espaço mais propício para a complexidade que aquele que se situa na base das interacções entre seres humanos. Parece-nos que falar de cuidar num serviço hospitalar, ou no seio de uma organização, é falar de complexidade, é suscitar, é exigir, é desejar um pensamento complexo para que se efective a qualidade dos cuidados.

É neste misto de conhecimento, de prática e complexidade que situamos o desenvolvimento de competências.

O conhecimento individual preexiste na mente das pessoas através de experiências pessoais, de valores, de informações contextuais e da capacidade de interpretação. A passagem destes dados a um saber contextualizado é a resposta visível do desempenho numa organização.

A questão passa antes por perceber como este conhecimento que é individual passa para colectivo e deixa de ser tácito para ser explícito e, assim, sucessivamente, enquadrá-lo na organização, torná-lo operacional e eficaz.

Várias têm sido as teorias que se dedicam ao conhecimento humano. No entanto, seleccionamos os estudos efectuados por Maturana e Varela (1980) que têm dado um contributo significativo na ênfase colocada na cognição humana, integrada na evolução dos organismos vivos e conduzindo à

evolução social. Falam-nos de *autopoiese*, ou seja “auto-produção” como um sistema que contém dentro dos seus limites os mecanismos e processos que lhes permite produzirem-se e reproduzirem-se. As características de um sistema autopoietico consistem em “organização e estrutura própria, autonomia, fechamento operacional, auto referenciação e capacidade para se acoplar estruturalmente à envolvente circundante” (Magalhães, 2005:48). À medida que os organismos evoluem e se tornam mais complexos, surgem outras formas de autopoiese, aplicando-se os mesmos princípios mas em graus mais elevados de complexidade.

São elementos a considerar nesta teoria, a comunicação que gera compreensão, o significado produzido pela linguagem e assimilado pelas mais diversas formas, as emoções e comportamentos, bases para a formação de laços entre as pessoas, os papéis e valores, elementos da estrutura – significação, domínio e legitimação. (Ib. Opc.).

Pela teoria de Maturana e Varela, o estabelecimento de interações complexas por assimilação e acomodação, constroem um estado de equilíbrio progressivo e de adaptação que conduzem à autonomia no interior do sistema, contributo essencial à explicação do pensamento complexo (Lerbet, 2004).

Mas em relação à organização, como se transforma o conhecimento? Nonaka e Takeuchi (1995) criaram uma estrutura teórica sobre a criação do conhecimento organizacional, como se representa no Diagrama 4.



Diagrama 4 - Modelo Base do Ciclo de Conversão de Conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1995)

Nesta teoria, os autores identificaram os elementos da criação do conhecimento e interrelacionam-nos numa dinâmica que incorpora três dimensões básicas:

- A dimensão epistemológica, que integra a dicotomia entre conhecimento tácito e explícito e a conversão do conhecimento;
- A dimensão ontológica, com diferentes níveis de criação de conhecimento – do indivíduo, do grupo e da organização;
- A dimensão interorganizacional e temporal

O conhecimento tácito é pessoal, passa pela experiência e pela forma como se realizam as tarefas diárias; é um conhecimento do nível sensorial. Aprende-se por contágio – imitando, experienciando (experienciamos, ainda dentro da mãe), é um conhecimento mais elementar, sujeito / nós / objecto, é um conhecimento directo, do domínio básico da linguagem. Quando passa para a conversão de conhecimento, existe um primeiro nível de conversão que se passa entre o conhecimento tácito para tácito (socialização). Este é contextualizado e, como tal, específico. No domínio dos cuidados de enfermagem, ele explica muito da aprendizagem das rotinas de um serviço, das normas, dos diferentes papéis e funções. Podemos compará-lo à aprendizagem que é efectuada durante a integração e à apropriação e adaptação nos aspectos mais gerais e técnicos. Tem uma componente técnica, de carácter cognitivo e envolve modelos mentais. É normalmente revelado em situações concretas e está enraizado no interior do cérebro humano, difícil de se articular pela linguagem. É, portanto, automático. No hospital é do tipo colectivo, pertence a toda a organização e é transversal. No domínio da comunicação e partilha, este tipo de conhecimento deve ser colocado de forma explícita, por palavras, etapa fundamental na construção e transformação do conhecimento.

Na situação que temos vindo a referenciar, da prática dos cuidados de enfermagem, a sua existência é evidente, mas a explicitação do mesmo em princípios orientadores, normas ou outros, nem sempre se verifica. No entanto, quando existe, contribui para a construção do conhecimento e orientação dos cuidados. É nesta conversão de tácito a explícito (externalização) que se cria o conhecimento. É armazenado sob a forma de qualquer tipo de linguagem, sendo codificável e transmissível. É visível nos processos e nas interacções (interiorização), pela passagem do explícito a tácito. Permite uma contínua reutilização em contextos específicos e consequente tomada de decisão. Para a conversão do conhecimento explícito em explícito (combinação), é necessário que haja partilha e análise conjunta.

Os quatro tipos de conversão e os quatro processos estão intimamente ligados. A exteriorização pelo diálogo ou reflexão colectiva; a combinação pelo networking do conhecimento criado ou

existente nas diferentes partes da organização; a interiorização pela acção ou pelo aprender fazendo e, finalmente, a socialização pela construção de um campo de interacção que facilita a partilha das experiências e dos modelos mentais dos membros. Este processo sugere um conjunto de condições como sendo as relações interpessoais e um contexto que abarca significados e onde o conhecimento é partilhado, recriado e amplificado. Ou seja, estamos perante um processo dinâmico, relacionado com o modo como as pessoas interagem, quer para a sua criação, quer para a sua manutenção e o seu desenvolvimento.

Na empresa, constitui a memória da organização (Custódio, 2006) contendo as soluções para situações semelhantes.

Este processo pode conduzir ao desenvolvimento de competências colectivas (Flück, 2001), como sendo um tronco comum de competências partilhadas por um grupo para atingir um mesmo objectivo, ou à complementaridade e sinergia de um grupo face a um determinado objectivo, pontual ou constante. Nesta situação, existem relações de qualidade, uma vez que o indivíduo estabelece uma relação positiva com os outros e sobretudo tem a consciência do impacto das suas próprias acções sobre a evolução das situações interpessoais e de grupo. A produção de comportamentos positivos para assegurar ou promover a performance é denominada de inteligência colectiva permitindo capacidade para produzir e trabalhar em conjunto; capacidade de se auto-regular e de se transformar; capacidade de funcionar positivamente (Ib.Opc).

Na continuidade deste pensamento, podemos dizer que “vivemos imersos em actividades sociais (...) incluimo-nos em pautas de interacção social semelhantes a jogos (...) os seres humanos têm capacidade inata para criar seus lugares nesses tipos de jogos (...) sendo as actividades estruturadas segundo certas regras de obrigatoriedade acerca do que devemos ou não fazer (...) e se quisermos entender estes jogos, devemos nos centrar no “produzir” e no “fazer”(…), quando nos incorporamos a essas pautas de interacção social semelhante a jogos, nunca nos incorporamos a um só jogo” (Pearce citado em Schnitman, 1996:177-178).

Estarmos perante um construcionismo social, um novo paradigma que, usando uma metáfora, refere que “um acto apropriado para um jogo não é, com frequência, apropriado para outro, a estratégia vencedora num contexto pode ser, em outro, uma receita destinada ao fracasso”(Ib. p.179).

É neste jogo de papéis e de interacções, de incertezas e imprivisibilidade e na complexidade do processo, que o conhecimento se produz, se aplica no contexto, se traduz na acção através de mudanças, se torna visível e avaliado socialmente e que exige do profissional o desenvolvimento de si para responder aos desafios com maior ou menor competência.

2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ACTORES E CONTEXTO

Num contexto de complexidade e de imprevisibilidade característico das interacções nos cuidados de enfermagem, os indivíduos mobilizam capacidades na acção para fazer face à complexidade das situações de trabalho, ou seja, agem com competência.

Competência(s) é um conceito poliforme, nem sempre fácil de abordar. A literatura é demasiado extensa e nem sempre sobreponível, emergindo o conceito nos mais variados campos do saber e das profissões, sendo inúmeras as definições encontradas. Como refere Delamare Le Deist & Winterton, (2005:29) “há tanta confusão e debate acerca do conceito de ‘competência’ que é impossível identificar ou aplicar uma teoria ou chegar a uma definição capaz de acomodar e reconciliar todos os diferentes modos em que o termo é utilizado”.

Ao longo da história das organizações vários modelos têm sido operacionalizados na óptica de concepções que evoluíram de modelos mais individualistas e estruturantes, centrado na rentabilização de recursos, para modelos mais humanistas, colaborativos e sistémicos.

Fleury (2001) falando de um modelo de competências com características de “responsabilidade individual”, diz-nos ter implícito, “potencial de crescimento, flexibilidade para enfrentar incidentes críticos e os novos desafios da empresa, pensamento estratégico onde (...) o processo de desenvolvimento das pessoas deve estar alinhado à definição de negócio e competências essenciais da organização” (Ib.Opc.:65).

Este modelo faz apelo à posse dos saberes disciplinares mas também à capacidade de os mobilizar para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho. O modelo das competências remete: às características individuais dos trabalhadores, à gestão individualizada das relações de trabalho e ao enfraquecer das acções colectivas no campo do trabalho (Deluiz, 2005). Os componentes não organizados da formação, as qualificações tácitas ou sociais e a subjectividade do trabalhador, assumem aqui extrema relevância.

Este modelo pretende criar trabalhadores flexíveis para lidar com as questões da imprevisibilidade, com as eventuais mudanças no processo de cuidados pela tecnologia emergente, pela mutação da função, a polivalência e a constante actualização de competências, factor a ser gerido no âmbito da nova gestão de recursos. Nos profissionais visa criar o “hábito” e a capacidade de olhar para os problemas e de enfrentar a sua resolução, tendencialmente numa atitude mais individualizada e menos colectiva.

Neste modelo, os conhecimentos e habilidades adquiridos no processo educacional, na escola ou na empresa, devem ter uma "utilidade prática e imediata", tendo em vista os objectivos e missão da empresa. A qualidade da qualificação passa a ser avaliada pelo "produto" final, ou seja, o trabalhador é instrumentalizado para atender às necessidades do processo de racionalização do sistema produtivo.

Com os processos de formação/construção das competências atribui-se aos trabalhadores a responsabilidade individual de actualizar e validar regularmente a sua "carteira de competências" para evitar a obsolescência e o desemprego, implicando uma busca constante de ampliação e actualização do seu *portfólio* de competências (Ib. Opc.).

Este modelo situa-se numa abordagem behaviorista, marcada por uma visão positivista da realidade e que valoriza os aspectos observáveis das competências, enfatizando o seu desempenho.

Este modelo, pelas suas características, não é para nós referencial para o desenvolvimento de competências profissionais mas, dado o actual contexto das organizações e a centralidade em aspectos economicistas, situamo-lo enquanto modelo para reflexão.

No nosso caso, a visão pessoal e profissional da saúde, leva-nos a analisar a competência através de uma visão sistémica, integradora, relacional, contextualizada, construtivista e subjectivista (enfatizando o potencial e os atributos do sujeito) e menos behaviorista (desempenho).

O conceito de competência tem vindo a evoluir e tem-se estabilizado como sendo uma combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na acção e, quando em interacção com outro, numa dimensão social e simbólica (Flück, 2001).

Este conceito (Ceitil, 2006) surgiu com David McClelland na década de 70, onde questionava no âmbito da Psicologia as tradicionais medidas das aptidões e a sua relação com o desempenho "performance profissional". Para o autor, "o melhor preditor para aquilo que uma pessoa é capaz de fazer e irá fazer no futuro, é aquilo que ela espontaneamente pensa e faz numa situação não estruturada – ou aquilo que já fez em situações semelhantes no passado". O que importa não é tanto o perfil de capacidades mas os modos concretos que utiliza para mobilizar as suas capacidades para acções concretas. Salientam-se as qualidades pessoais, motivações, experiência e características comportamentais evidenciadas em determinados contextos.

Mais tarde Boyatzis, na década de 80, e Spencer & Spencer e Goleman, na década de 90, enfatizam a perspectiva das competências como características intrínsecas que predizem o comportamento da pessoa relacionado com o desempenho e o sucesso do mesmo.

No entanto é com Spencer & Spencer (1993) que surge a analogia das competências com um iceberg abrindo a hipótese a competências visíveis e competências ocultas. Neste sentido, tudo o que se situa na parte visível – output – relaciona-se com as habilidades e os conhecimentos, enquanto na parte invisível – input – se localizam os traços, valores, motivações e auto-conceito, que caracterizam a personalidade da pessoa.

Clarificando cada um destes conceitos, diríamos que os valores se expressam nas ideias e orientações para a vida; os traços, dizem respeito às características físicas e psicológicas ou a resposta a determinadas situações; o auto-conceito corresponde à forma como a pessoa se vê e a motivação, refere-se àquilo que guia e direcciona as acções num determinado objectivo.

Paralelamente, Goleman et al (2002), no âmbito da parte invisível do iceberg, faz referência às competências emocionais, “inteligência emocional”, ou seja, à forma como nos conhecemos a nós próprios e nos relacionamos com os outros.

Por outro lado “o domínio de uma competência não é um fenómeno estável e definitivo. Tem um ciclo de desenvolvimento próprio de todo o sistema humano com as fases de aprendizagem, de eficácia e declínio”. (Guittet, 1994: 13) e ainda a diversidade cultural inerente à pessoa, o contexto e o universo ou seja a condição humana da pessoa no mundo enquanto sujeito e objecto desse mundo, são dimensões da complexidade da competência.

Por este motivo, os contextos da saúde tornam-se desafiadores na resposta a objectivos de *performance* (Boterf, 2002). Para tal, é necessário mobilizar um conjunto de recursos internos e externos da pessoa, a constituição de um *habitus* do serviço e gerir uma multiplicidade de variáveis do contexto, onde o modo de agir do profissional caracteriza o seu nível de desempenho e a acomodação das aquisições das aprendizagens efectuadas.

Reforçando esta ideia, Nadine Faingold (2001), enfatiza os esquemas de acção formados através da experiência. Assim, não se desenvolvem no novato, a não ser no âmbito do desenvolvimento da reflexão na, sobre e para a acção. Por isso, o percurso de um profissional exige uma actualização dinâmica de esquemas de acção, para responder com qualidade aos cuidados de saúde que presta aos cidadãos. Nesta perspectiva, a OMS define como cuidados de saúde de qualidade o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, os riscos mínimos para os utentes e a satisfação para os utilizadores.

Desta forma estamos perante uma abordagem construtivista das competências. Como sistematiza Pires (2005), tendo por referência vários autores (Merle; Trépos; Turkal; De Terssac; Wittorsky), “a construção das competências é progressiva, e a experiência assume um papel determinante no

processo de consolidação dos saberes” (Ib. Opc.:304). As competências constroem-se com o tempo e em situações específicas, sendo o contexto fundamental, pois aquelas são sempre contextualizadas. Por outro lado, as competências articulam-se com as aprendizagens adquiridas formalmente e o percurso de vida do sujeito e ainda se encontram no cruzamento de três campos:”o percurso de socialização e da biografia do sujeito, o campo da experiência profissional e o campo da formação” (Ib. Opc.:305).

Neste sentido, considerando as competências para o cuidar em enfermagem suportadas em saberes dos enfermeiros, no contexto de cuidados e na aprendizagem fundamentada na experiência, como fundamentais para a resposta e a obtenção de ganhos em saúde. A resposta ao desenvolvimento de competências passa, necessariamente, pela identificação de dimensões que constituem a competência.

Além dos autores já referidos, outros contribuíram para aprofundar a noção de competência. Assim, perante o contacto e o confronto com a diversidade de conceitos sobre competências, (Guittet 1994; Tardif, citado por Martin (2003); Boterf, 1994; UNESCO.,1996; Abreu, 2001; Day, 2001; Costa, 2001; Perrenoud 2002^a); Ordem dos Enfermeiros, 2003; Le Boterf, 1994, 2003; Martin, IRSP 2003; Sá-Chaves, 2004; Cachapuz, 2004) evoluímos na necessidade de os analisar e daí podermos identificar as componentes essenciais e estruturantes do conceito. Assim, efectuámos a análise de conteúdo relacionado com o conceito de competência, que sistematizamos no Quadro 2. A competência é entendida na relação entre a pessoa e o contexto, aqui como espaço onde se organiza o trabalho, conceito este transversal aos diferentes autores. O resultado da sua operacionalização é objectivado na visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e reconhecida pelo sujeito alvo de cuidados.

Da análise conjugada das duas dimensões identificadas, inerentes ao processo – pessoa e contexto podemos referir que:

As competências têm implícitas dimensões como:

- A pessoa e/ou colectivo profissional com conhecimentos, capacidades, comportamentos, atitudes e qualidades;
- A pessoa com a sua experiência de vida;
- Um processo contingente, ou seja, depende de um projecto de acção, onde são mobilizados recursos / potencialidades, sistemas de referência e experiência profissional;
- Um contexto, onde são mobilizadas a performance, o desenvolvimento e/ou transformação do conhecimento, ou seja, a organização do trabalho;

- Uma prática reflexiva individual e colectiva, caracterizada por valores de responsabilidade e partilha;
- O exercício ético da profissão;
- Níveis de profissionalismo com curvas de aprendizagem;
- A auto e hetero avaliação;

A fiabilidade humana “a probabilidade de que as competências requeridas sejam operacionalizadas em condições determinadas, durante um período de tempo determinado e em nível definido como aceitável” (Boterf, 2003:156)

Quadro 2 - Análise de conteúdos dos conceitos de competência

Pessoa – profissional			Contexto	
Recursos / Potencialidades	Conhecimentos	Informar, analisar, decidir, argumentar, negociar	Performance	Metodologia / Estratégias Relações interpessoais Clima e Cultura Níveis de profissionalismo Curvas de aprendizagem
	Capacidades	Individuais e Colectivas		
	Comportamentos			
	Atitudes	Psíquicas, intelectuais e relacionais		
	Estratégias			
	Qualidades pessoais			
Sistema de referência	Normas Saberes declarativos Saberes procedimentais Saberes condicionais Saberes cognitivos Saberes de acção		Comunidade da prática	Práticas reflexivas Pessoa / grupo / comunidade Interacções
Experiência vivência	Pessoal Profissional		Organização de trabalho	Processo colectivo Condições de trabalho Recursos
Avaliação	Auto avaliação		Fiabilidade humana	Probabilidade de operacionalizar num período de tempo e nível desejado
Competências Transversais	Aprender a aprender, Comunicar, Cidadania, Pensamento crítico, Gerir conflitos, Resolver situações			
Competências Inteligíveis	Aprender a ser, Aprender a conhecer, Aprender a fazer			
Competências Orientadas para a acção	Teóricas, Reflexivas e Práticas			

Como constatamos, existe uma simbiose entre a ideia de desenvolvimento pessoal, humano e de desenvolvimento contextual, societal, além de integrar uma noção mais abrangente, o que a pessoa faz, o que a pessoa é, além do modo como constrói na acção profissional a sua forma pessoal de fazer e de ser, como refere Sá-Chaves (2000).

Segundo a mesma autora, o profissional que articula a dimensão pessoal e integra a capacidade reflexiva de ser, pensar-se criticamente e agir responsabilmente nos contextos reais de acção, possui uma meta-competência. Esta permite agir em contextos imprevisíveis, incertos e complexos, visando a construção de soluções específicas, contextualizadas e não standard, características estas evidenciadas nas situações de cuidados.

Neste sentido, e no âmbito da enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, em 1998, definiu o Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais (OE, 2003). As competências definidas, em número de noventa e seis, surgem integradas em três domínios de intervenção: Prática profissional, ética e legal; Prestação e Gestão de cuidados e Desenvolvimento profissional.

Este processo criou as condições para a elaboração de um processo de Certificação Individual de Competências que segundo Costa (2002) várias perspectivas podem ser encaradas para a focagem desta problemática como sendo a dinâmica das equipas de trabalho, o profissional / trabalhador como gestor do seu próprio processo de trabalho e a organização do trabalho fazendo apelo à educabilidade dos trabalhadores. É neste sentido e considerando estas dimensões, e tendo como referencial o perfil de competências da Ordem dos Enfermeiros que suportamos a nossa investigação num modelo sistémico e integrador das diversas dimensões que, no nosso entender, é enquadrador do desenvolvimento de competências e que a seguir aprofundaremos.

Modelo de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1997) formulou a sua teoria enfatizando o desenvolvimento da pessoa na interacção com o ambiente natural em que vive. Mais tarde, Bronfenbrenner e Morris (1998), no modelo bioecológico, reforçam a interacção da pessoa com as suas características biopsicológicas com outras pessoas mas, também, com objectos e símbolos. Outro aspecto proposto no modelo é o constructo teórico “*processos proximais*”, entendido como “formas particulares de interacção entre o organismo e o ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (Ib. Opc.:994).

No modelo *bioecológico* são representados quatro dimensões multidireccionais inter-relacionados, o que é designado como modelo PPCT “*pessoa, processo, contexto e tempo*”.

A *pessoa*: refere-se ao fenómeno de mudanças e constâncias na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer da sua existência. O autor considera as características individuais do

indivíduo (qualidades pessoais, convicções, temperamento, motivações, metas pessoais) como factores de impacto na maneira como são vivenciados os contextos. Para Bronfenbrenner nenhuma característica da pessoa isoladamente pode exercer, pode influenciar ou moldar o curso do desenvolvimento humano. Neste modelo o autor refere três tipos de características que podem influenciar e moldar o desenvolvimento humano. O primeiro, *disposições*, pode colocar os processos proximais em desenvolvimento e continuam a sustentá-los a sua operação. O segundo, *recursos bioecológicos*, de habilidade, conhecimento e experiência para que os processos proximais sejam efectivos em determinada fase do desenvolvimento e o terceiro refere-se a características de *demandas* que convidam ou desencorajam reacções do contexto social que pode nutrir ou romper a operação de processos proximais.

Processo: tem a ver com a ligação entre os diferentes níveis e é constituído por papéis e actividades diárias da pessoa em desenvolvimento.

Contexto: considera-se o meio ambiente global em que o indivíduo está envolvido e onde se desenrola os processos desenvolvimentais. Estes constam de sistemas que influenciam directamente a pessoa ou de forma mais indirecta sofrem a sua influência.

O Tempo é entendido no sentido histórico, sendo este um factor de influência quer a nível do indivíduo quer dos grupos e ao longo dos tempos. Assim, o autor considera a dimensão *microtempo* quando se observa a persistência da pessoa no processo de actividades molares; o *mesotempo* relacionado com a periodicidade com que o evento persiste, mesmo quando um sujeito transita de um microssistema para outro e o *macrotempo* compreendido como marco histórico e social e que se estende através das gerações.

A abordagem bioecológica, desenvolvida pelo autor, privilegia, assim, o desenvolvimento de forma contextualizada e em ambientes naturais visando apreender a realidade de forma abrangente, tal como é vivida e percebida pelo ser humano no contexto em que habita. Não se limita apenas a um ambiente único e imediato e deve ser “concebido topologicamente como uma organização de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte”, assim designadas por microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, onde a pessoa assume o centro do sistema, como se verifica no Diagrama 5.

Neste modelo, a aprendizagem e o desenvolvimento são facilitadas pela participação da pessoa em padrões progressivos de actividade, cada vez mais complexos, que fazem parte dos diferentes sistemas. Mobilizando o conceito da teoria ecológica do desenvolvimento humano, constatamos que,

Bronfenbrenner considera o sujeito como um ser activo e dinâmico em constante interacção directa ou indirecta, com os contextos em que se situa, também eles dinâmicos e interactivos, duplamente interactivos, até, pois, para além de reciprocamente estabelecerem relações com

os indivíduos, estabelecem-nas entre si (...) Salienta-se, pois, a ideia de uma relação recíproca sinérgica – sujeito/ambiente e ambiente/sujeito – e de uma rede múltipla de relações de intercontextualidade (Sá-Chaves, 2003: 145).

O conhecimento do contexto, seus intervenientes e inter relações, são factores fundamentais neste processo.

Segundo Costa (2001), a teoria do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner enfatiza a necessidade de compreender a relação entre a pessoa, seus subsistemas e sistemas mais abrangentes e o meio.

Existe uma relação entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos em que aqueles se integram. Daí que:

- O sujeito é visto como um sujeito activo dinâmico, que cria e recria de forma progressiva o meio onde se encontra;
- A interacção sujeito / mundo é caracterizada pela reciprocidade, ou seja um influencia o outro, um processo de mútua interacção;
- O ambiente considerado relevante no processo de desenvolvimento engloba inter-relações entre vários contextos

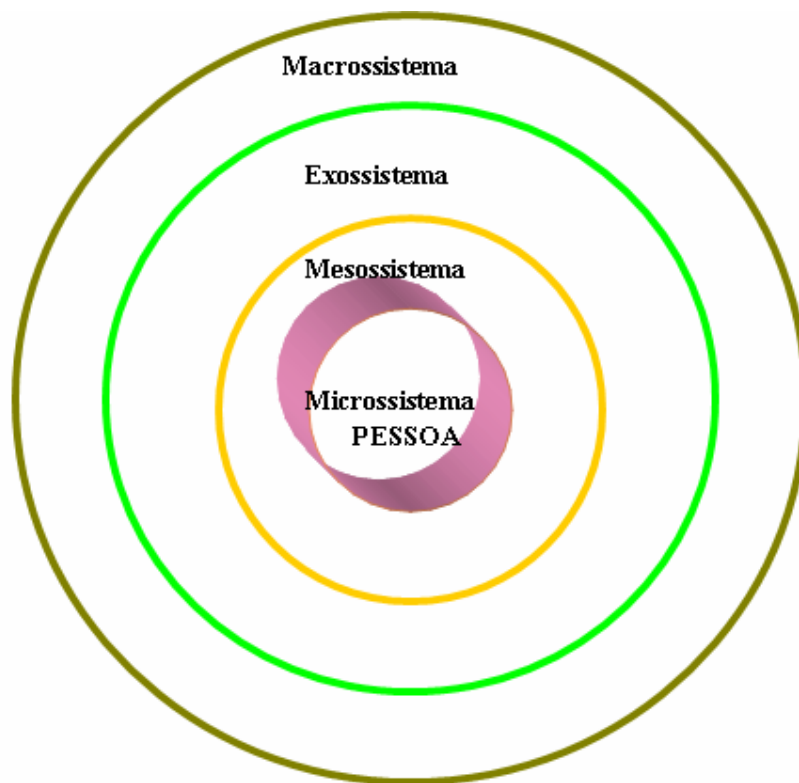


Diagrama 5 - Modelo de Bronfenbrenner

Partindo desta análise, podemos constatar:

- O microssistema, nível mais interno, é o ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento. Corresponde a “um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais experienciado pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas” (Bronfenbrenner, 1996:18).
- O mesossistema - compreende as inter relações entre dois ou mais ambientes em que a pessoa participa activamente ao longo do seu desenvolvimento. A pessoa é um agente activo, ou seja, o desenvolvimento desta está directamente relacionado com o número de contextos em que a pessoa participa. Posiciona o profissional na interacção de cuidados: sujeito - sujeito, sujeito – serviço, sujeito – família, sujeito – comunidade.
- O exossistema refere-se aos ambientes em que a pessoa não interage de forma activa e directa, mas é directamente influenciado por eles – decisões das enfermeiras-chefe, objectivos institucionais, organização dos cuidados.
- O macrossistema, a última estrutura do contexto ambiental, refere-se aos “protótipos gerais” de uma sociedade, crenças, valores, formas de ser e de fazer de um povo, neste caso, a Missão da saúde em Portugal, a filosofia de cuidados de saúde, directivas gerais de saúde.

Quanto à concepção a teoria do desenvolvimento humano Bronfenbrenner considera:

- O ser humano como ser activo, em desenvolvimento, numa postura dinâmica;
- O meio ambiente e a sua relação com a pessoa num processo de adaptação e de bidireccionalidade;
- As inter-conexões entre os ambientes imediatos e os mais amplos.

O ambiente é analisado e determinado pela forma como ele é percebido para a pessoa e não como poderia surgir na realidade “objectiva”.

Além dos ambientes, as estruturas interpessoais são importantes contextos de desenvolvimento humano. Neste modelo salienta-se o mérito das relações entre as pessoas, estabelecendo como condição mínima para a formação de díades a presença de uma relação interpessoal recíproca. A premissa básica e mais importante na formação de uma díade é que, se um dos membros do par passar por um processo de desenvolvimento, contribui para que o outro membro também passe por esse processo. Para o autor “uma díade é formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas actividades uma da outra ou delas participam” (Bronfenbrener, 1996:46). As díades podem contribuir para a formação de estruturas interpessoais maiores, incluindo mais de duas pessoas, o que pode ser chamado de tríade, tétrade ou sistemas $N + 2$, reestruturas interpessoais amplas,

fortalecidas ou não por mais elementos ou o mesmo pode acontecer com a interacção entre os ambientes.

As díades podem assumir três formas funcionais diferentes no que se refere ao seu potencial de desenvolvimento.

A *díade observacional* ocorre quando uma pessoa presta uma atenção cuidadosa à actividade do outro e este, por sua vez, reconhece o interesse demonstrado por aquilo que está a fazer.

A *díade de actividade conjunta*, refere-se a uma situação em que duas pessoas fazem algo em conjunto.

A *díade primária* consiste na díade em que mesmo que a pessoa não esteja presente a díade ocorre fenomenologicamente. Neste caso, os dois membros estão presentes em pensamento e um influencia o comportamento do outro.

Nestes processos de desenvolvimento podem ocorrer *processos proximais*, definidos como processos progressivos de interacção duradoura entre o organismo biopsicológico, as pessoas, objectos e símbolos no seu ambiente e em períodos de tempo mais ou menos longo. Para que o *processo proximal* ocorra (Bronfenbrenner, 1999) as pessoas têm de estar envolvidas numa actividade de desenvolvimento, esta deve ser regular e ocorrer num período de tempo determinado, verificando-se uma influência em ambas as direcções. Este processo não é restritivo a pessoas, mas pode ocorrer na relação com objectos e símbolos.

A realidade é inferida a partir de padrões de actividade expressos em comportamentos verbais e não verbais particularmente nas actividades, papéis e relações em que a pessoa se envolve directamente no microssistema.

Na interacção da pessoa com o meio pode ocorrer:

- A *transição ecológica*, determinada pela mudança de papel ou ambiente, que ocorre ao longo do desenvolvimento como um processo desenvolvimental;
- A *actividade molar* como sendo um mecanismo interno e manifestado externamente;
- O *desenvolvimento humano* é um “processo pelo qual o sujeito adquire uma concepção mais alargada, diferenciada e válida do ambiente ecológico e se torna motivado e apto a desenvolver actividades que permitem descobrir, manter ou alterar as propriedades desse ambiente ecológico”. (Portugal, 1992: 42).

Estamos perante o desenvolvimento da pessoa numa perspectiva sistémica. O comportamento é entendido enquanto actividade inter-relacional e é da qualidade das relações que se estabelecem

entre o sujeito e o ambiente que depende o seu desenvolvimento e que ocorre a *transição ecológica*. Na medida em que se verificam as transições ecológicas, estas constituem-se como suporte efectivo e eficaz ao desenvolvimento de competências profissionais.

Perante estas características, optámos pela sua selecção, não por se definir enquanto modelo de desenvolvimento de competências, mas por ser um modelo cuja estrutura permite mobilizar e operacionalizar os princípios subjacentes, quer à aprendizagem organizacional, quer ao desenvolvimento pessoal e profissional, quer ao contexto ecológico definido. Por estas razões, a nossa opção na investigação por um modelo que estrutura a relação entre o cuidar, o enfermeiro – pessoa e profissional e o contexto da prática dos cuidados, a operacionalizar no capítulo da metodologia.

Modelo de Wittorski

A competência sendo resultado, não só de aprendizagem individual mas, também de um colectivo de trabalho, é ainda um conceito em construção, na articulação do percurso de socialização e da biografia do sujeito, no campo da experiência profissional e no campo da formação (Wittorski, 1998).

Para o autor, o desenvolvimento de competência articula as ciências cognitivas com as ciências da acção e resulta da articulação entre cinco componentes e três níveis.

Como componentes considera:

- A componente cognitiva, constituída pelos saberes e conhecimentos formais e as representações do sujeito sobre a situação;
- A componente afectiva, constituída pela imagem de si, o investimento efectuado na acção relacionado com o prazer ou desprazer, além da motivação do sujeito para a realização da acção;
- A componente social, integrando o reconhecimento efectuado pelo grupo (micro), pela organização e a sociedade (macro);
- A componente cultural, relacionada com a forma como a cultura da organização influencia as competências produzidas. Esta componente projecta-se no nível micro, resultado da influência do nível macro e meso;
- A componente praxeológica, refere-se ao aspecto visível e observável da competência. O seu produto é demonstrado no desempenho, objecto de avaliação social.

Como níveis considera:

- Nível micro, referente ao indivíduo ou ao grupo;

- Nível meso, referente ao meio social imediato, como o grupo de pertença e o local de trabalho;
- Nível macro, referente à organização como um todo.

Neste sentido, o autor formula a competência como um objecto de negociação e de reconhecimento pelos actores no contexto de trabalho.

Da articulação entre os níveis e as componentes (Quadro 3) resultam cinco processos de desenvolvimento de competências definidos por Wittorski (1998) que, por se assemelharem aos processos de desempenho dos profissionais de enfermagem em contexto de trabalho, seleccionamos para analisar as observações efectuadas nesta investigação.

Como processos considera:

- Processo de formação em situação de trabalho, “lógica da acção”. A aquisição de competências faz-se através da acção, normalmente sem apelo à reflexão. O autor designa-as “competências incorporadas” ou seja favorecem a aquisição de rotinas, podendo mesmo tornar-se específicas.
- Processo de formação em alternância, resultado da articulação de saberes teóricos e da produção de competências em estágio. Trata-se de uma lógica de “reflexão e acção”. Existe uma postura reflexiva, face a novas situações. Denominam-se de competências “dominadas ou intelectualizadas”
- Processo de análise de situações de práticas, situada em contexto de trabalho. As competências resultam da transformação de saberes na acção; trata-se de uma “lógica de reflexão sobre a acção”. É uma reflexão retrospectiva.
- Processo de “lógica de reflexão para a acção”, situada na definição de novas práticas. Este processo resulta da resolução de problemas. Esta lógica é antecipadora da mudança, produzindo as denominadas “competências de progresso”.
- Processo de integração dos saberes teóricos. Estes, quando contextualizados, alimentam as práticas numa lógica de integração/assimilação.

Segundo o autor, as competências individuais constroem-se e mobilizam-se na interacção com o meio, encontrando-se na base das competências partilhadas (competências socializadas, transmitidas de individuo para individuo através da demonstração ou explicação); as competências colectivas são co-produzidas e inéditas, não resultam de competências preexistentes; as competências adaptadas surgem no caso de uma situação necessitar apenas de uma adaptação dos modelos de acção habituais; as competências de transformação resultam da mobilização de uma situação inédita que põe em causa os modelos habituais de acção.

Assim,

- A lógica da reflexão e da acção faz emergir novos saberes na acção, ligados normalmente ao saber-fazer;
- A lógica da reflexão sobre a acção produz novos saberes sobre a acção;
- A lógica da reflexão para a acção elabora novos saberes para a acção (reflexão antecipadora da mudança), originando novas sequências operativas;
- A lógica da assimilação/integração produz novos saberes teóricos não ligados à acção.

Quadro 3 – Adaptado de tipologia dos processos de desenvolvimento de competências de Wittorski

Processo transformação de competências	Reflexão na lógica da acção	Reflexão na acção	Reflexão sobre a acção	Reflexão para a acção	Assimilação integração
Contextos de desenvolvimento da competência	Situação nova individual necessitando dos modelos de acção habituais.	Situação inédita individual ou colectiva e que põe em causa os modelos habituais da acção.	Situação colectiva de formalização das práticas	Situação colectiva de formalização das práticas	Situação de aprendizagem de novos saberes.
Funções asseguradas pelas competências	Rotinas - específicas nos contextos de mobilização	Transferíveis (disposições para a transferência).	Produzem meta competências; permitem a gestão de capacidades da acção.	Produzem meta competências; permitem a gestão de capacidades da acção. Perspectivam a mudança	Transferíveis para um grande número de situações
Tipo de comportamento	Individual, substituir uma pessoa ou reproduzir uma forma de fazer	Individual ou colectivo	Individual, Colectivo / partilhado	Individual, Colectivo / partilhado	Individual, Colectivo / partilhado
Saberes de referência / Competências produzidas na situação	Saber da acção, saber-fazer; competências incorporadas à acção, dominadas ou intelectualizadas	Novos saberes na acção Competências de transformação.	Transformação de saberes na acção. Competências de processo.	Sequências operativas representadas mentalmente. Novas disposições para agir; Meta competências – gestão das capacidades de acção; competências de progresso.	Novos saberes teóricos. Competências metodológicas (análise, inferência e resolução de problemas)

Elaborado pelo autor com base em Wittorski, 1998: 64/65.

Verifica-se a existência de processos que promovem desenvolvimento de competências individuais e colectivas ou partilhadas e competências que se constroem em interacção com o meio. Desta forma, o autor questiona a questão da transferência das competências pois considera que a “competência é sempre uma produção inédita numa situação particular, o que se transfere não é possivelmente da ordem da competência, mas da capacidade, que é descontextualizada” (Ib. Opc.:67).

Síntese

Falamos de modelos de construção do conhecimento em enfermagem e da valorização destes para a construção da disciplina, na particularidade da dimensão humana do cuidar. Falamos do agir com base em esquemas de pensamento e de acção que permitem a interligação da disciplina à profissão, relacionando-se com o facto daquela necessitar da profissão para se desenvolver e vice-versa.

Debruçamo-nos sobre o conceito de aprendizagem organizacional e sobre o que directamente se articula – a reflexividade, a experiência perspectivada como um encontro, como um espanto ou algo que nos confronta com o habitual, a rotina; a memória organizacional com tudo o que constitui para o desenvolvimento de competências; a tomada de consciência e o significado atribuído ao acto, como forma de se efectivar a reflexão na complexidade das intervenções do cuidar.

Realçamos a aprendizagem experiencial como a consciência duma relação intra e interpessoal, o que Damásio (2000) define como um processo de reconstrução ao nível do estado de sentimento tornado consciente. Para o autor, é necessário despertar a consciência experiencial. A partir do sentimento consciente, a experiência revelar-se-á mais clara, podendo ser entendida / vivenciada como um processo de (re)construção.

Realçamos também as características formais da organização, não como a determinação directa de comportamentos mas antes na determinação em estruturar espaços de negociação e de jogo entre os actores.

Trabalhar num contexto de complexidade é um desafio ao enfermeiro enquanto profissional, pessoa e cidadão. A prática reflexiva enfatizada num estudo do Conselho de Enfermagem de NC Board of Nursing (2004) é caracterizada por um processo para o desenvolvimento permitindo identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem; a promoção de competências contínuas; a identificação de objectivos, ou seja, mover-se através do contínuo de “noviço a perito”.

O profissional consciente da sua necessidade de formação utiliza o saber-fazer, os conhecimentos experienciais e a análise das situações de saúde / doença, cada vez mais num contexto de

imprevisibilidades, de mudança e de menos certezas ao longo da vida. Neste sentido, efectuámos uma trajectória sobre o processo de desenvolvimento de competências e com base em Wittorski (1998) elaborámos uma tipologia dos processos de desenvolvimento de competências adaptado aos cuidar em enfermagem.

Considerando os objectivos da nossa investigação e pretendendo obter informação sobre os diferentes actores no contexto, parece-nos fundamental observar as pessoas em contexto real, ver como elas se comportam de facto, ver como resolvem os problemas concretos que se lhes deparam, analisar e perceber qual é o tipo de mentalidade e a perspectiva que adoptam na análise das situações. Nesta sequência passaremos à definição da metodologia e da análise dos dados.

SEGUNDA PARTE

A CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO: OS CONTORNOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO I

DA PROBLEMÁTICA AO MODO DA INVESTIGAÇÃO

1. A PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

A opção de uma abordagem metodológica de pesquisa qualitativa em cuidados de enfermagem hospitalar parece fundamental para a compreensão dos contextos e das interações, situação essencial deste processo. Envolve áreas acerca das quais pouco é sabido ou melhor, um novo entendimento é necessário conhecer e aos quais só é possível ter acesso a partir de “intrincados detalhes acerca dos fenómenos tais como sentimentos, processo de pensamento e emoções, que são difíceis de extrair ou compreender através dos métodos de investigação mais convencionais” (Lopes, 2003), enquadrando-se a sua prática e análise em diversas abordagens teóricas e respectivos métodos (Flick, 2005).

Centrando-se a investigação em curso no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho, especificamente num serviço de medicina hospitalar, e considerando as diversas dimensões da problemática, posicionamo-nos, enquanto investigadores, no local onde a acção se desenvolve. Este tipo de investigação implica a imersão total do investigador na situação social em estudo. Uma acção que abrange “o comportamento físico e ainda os significados que lhe atribuem o actor e aqueles que interagem com ele” (Erickson, 1986:131, citado em Lessard-Hérbert; Goyette; Boutin, 1990:39). Situamo-nos num paradigma interpretativo em que “o investigador toma por objecto os significados atribuídos pelos sujeitos observados às acções ou acontecimentos que constituem a trama da sua vida quotidiana.” (Ib. Opc.: 75). A interacção do investigador com o campo e os actores são parte do processo de investigação.

É no contexto da prática clínica de enfermagem que as competências são perceptíveis, ou seja, que são objectivadas e explicitadas as transformações nas situações e nos fenómenos em que se operam. É a face externa visível da intervenção. A face interna, abstracta e não visível, controla a actividade pela articulação de saberes teóricos e processuais, constituindo os enunciados de posições, o que permite que a acção se realize, primeiro, no abstracto e, posteriormente, no concreto (Malglaive, 1995).

É o conjunto dos saberes, quer da face interna (saberes processuais e teóricos) quer da face externa (saberes práticos e saber-fazer), quer os saberes em uso na acção e, ainda, o significado atribuído pelo próprio que, consideramos essenciais para a inteligibilidade da prática. Por outro lado, dominar o “porquê” e o “como” do agir em situação de cuidados parece fundamental pois “envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar e conhecimentos”.

O cuidar está relacionado com: respostas humanas inter subjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento sobre a saúde-doença; interacções entre o ambiente e a pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar” (Watson, 2002:55).

Segundo Lessard-Hérbet et al (1990), a criação de significado pelos actores remete para uma dimensão social, variando em função do grupo social a que pertencem. Neste aspecto, os significados que os enfermeiros criam, podem ser influenciados pela percepção das vantagens ou dos obstáculos ligados ao contexto de organização de cuidados sendo, o significado social, o facto de lhe atribuírem sentido no decurso das interacções.

A atribuição subjectiva de significado e a sua estabilidade no tempo prevê uma renegociação e reconstrução a cada nova interacção a fim de interpretar o mundo. Para Coulon (1995), esta forma de construção relaciona-se com processos de interpretação utilizados no dia a dia para dar sentido às nossas acções e às dos outros. Estamos perante uma concepção interaccionista da construção da realidade cujo foco se situa no significado subjectivo dos objectos para os participantes nas interacções, postura metodológica característica da Etnometodologia (Coulon, 1995; Fick, 2006). O processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros, a interacção de diversas dimensões e a complexidade dos cuidados de enfermagem, objecto do nosso estudo, enquadra-se neste paradigma. Assim, considerámos como componentes da competência três factores: os factores pessoais, como tudo o que capacita a pessoa a estruturar a sua acção num determinado contexto ou realidade – a face interna e a face externa de que nos fala Malglaive (1995), os factores de suporte - os mecanismos organizacionais necessários à acção de um indivíduo num determinado contexto ou realidade e o significado atribuído pela dimensão social pessoal e interpessoal.

2. O CONTEXTO DE TRABALHO: SERVIÇO DE MEDICINA DO HRSI

O Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) foi criado pela Portaria 1277/2001 de 13 de Novembro, reunindo os três hospitais – Hospital Rainha Santa Isabel, Torres Novas, Hospital Manoel Constâncio, Abrantes e Hospital Nossa Senhora da Graça, Tomar, na sequência de um processo de complementaridade técnica inter-hospitalar, ainda hoje em curso.

Posteriormente, pelo Decreto - Lei nº 301/2002 de 11 de Dezembro passou a Centro Hospitalar, SA. Em Dezembro de 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, é transformada, com mais 30 Hospitais S.A., em Entidades Públicas Empresariais, EPE. Quanto à sua natureza (considerando a relação público e privado), corresponde a uma sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos integrada no Serviço Nacional de Saúde (CHMT, 2003:2).

Alcaravela (2006), Presidente do Conselho de Administração, enfatiza os contributos das três Unidades Hospitalares, dos seus líderes e da própria comunidade para a definição do Centro, para a complementaridade técnica inter-hospitalar, no sentido da articulação, diferenciação e valorização das valências médicas atribuídas a cada Unidade e da junção de sinergias que permitem maior eficácia e redução de alguns custos.

O Hospital Rainha Santa Isabel (HRSI) é um hospital de construção recente (1999). Integra vários serviços entre os quais o serviço de medicina, alvo da nossa investigação, com um total de 24 camas, sendo distribuídas por 6 enfermarias de 4 camas cada e dois quartos de isolamento.

Situa-se no piso 4 e o acesso é efectuado por quatro elevadores, sendo dois exclusivos para pessoal do hospital e, destes, um destina-se a circulação de sujos. No hall de acesso, amplo e com janelas grandes com vista para a lezíria, encontra-se a porta de entrada para o serviço, além de uma sala de espera reservada para os utentes e um corredor posterior com sala de reuniões e biblioteca associada e gabinetes médicos. No hall existem, ainda, alguns cadeirões espalhados

O serviço está voltado a Sul, e é percorrido por um amplo corredor de cor verde. As enfermarias situam-se do lado esquerdo e os quartos de isolamento do lado direito bem como todas as salas de apoio e de trabalho. A sala de duche para banho acompanhado e a copa também se encontram do lado direito (Diagrama 6).

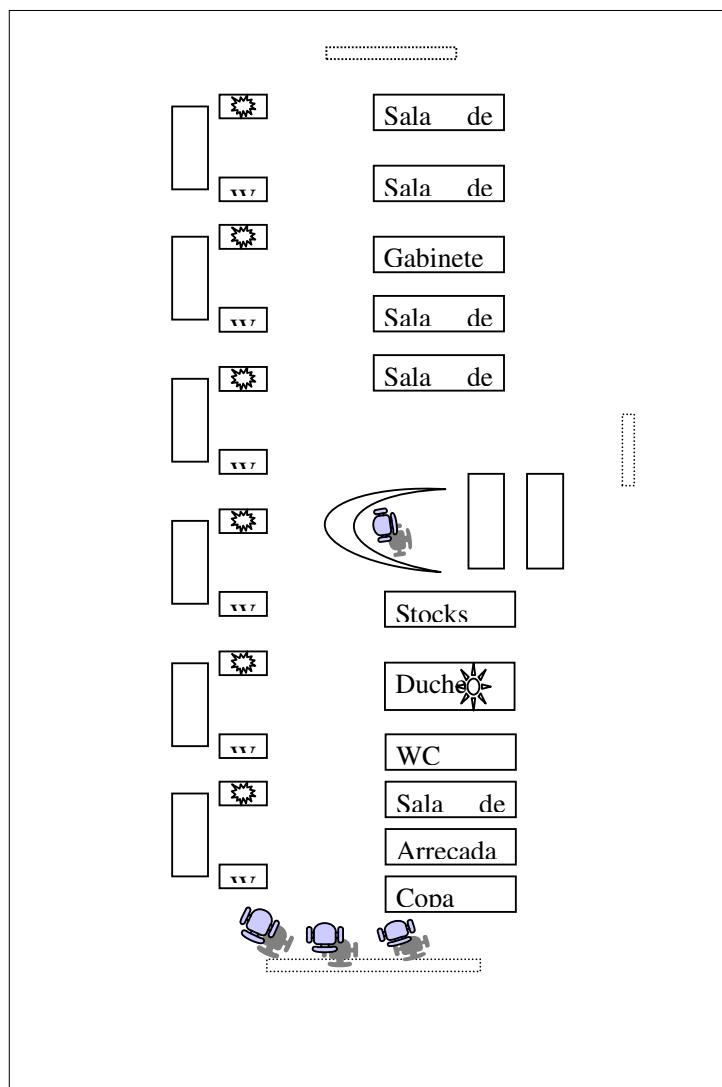


Diagrama 6 – Serviço de medicina – esquema da unidade

De acordo com as orientações da administração, a direcção do serviço é da competência médica e a coordenação de enfermagem é assegurada por Enfermeiro Chefe que tem como funções – Representar a Direcção do Serviço de Enfermagem; Colaborar com o Chefe da equipa, gerir recursos; Apoiar tecnicamente; Coordenar as equipas de enfermagem; Resolver anomalias; Gerir e coordenar transporte de utentes e escalas de evacuações. (CHMT, 2005 a): 14).

O serviço é constituído por vinte e quatro enfermeiros, dos quais um, enfermeiro – chefe, é especialista em enfermagem de reabilitação, um enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgico; nove enfermeiros graduados e treze enfermeiros. Os enfermeiros têm uma média de

idades de 31,6 anos, com um tempo de permanência no serviço, em média, superior a dois anos e meio.

A enfermeira-chefe tem como funções representar a direcção do serviço de enfermagem; colaborar com o chefe da equipa, gerir recursos; apoiar tecnicamente; coordenar as equipas de enfermagem; resolver anomalias; gerir e coordenar transporte de utentes e escalas de evacuações (CHMT, 2005 a:14). Os enfermeiros são sujeitos à avaliação de desempenho, pela enfermeira chefe – “é a avaliação continua do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro e a atribuição periódica de uma menção qualitativa”. (CHMT, 2005 a): 14), que tem como objectivo: melhorar o desempenho através do conhecimento das suas potencialidades, dificuldades e necessidades; contribuir para a valorização do enfermeiro; detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro; detectar necessidades de formação. Nos enfermeiros com contrato individual de trabalho a avaliação é feita ao mês ou aos seis meses, de acordo com grelha de avaliação (CHMT, 2005 a): 15).

O serviço tem como missão “promover a melhoria contínua da qualidade a uma prestação de cuidados de enfermagem eficaz de acordo com a política de complementaridade definida e conducente à satisfação dos utentes e dos profissionais” (Manual de acolhimento).

Os diversos protocolos existentes no serviço, resultado de um trabalho desenvolvido através da comissão de enfermagem com os enfermeiros dos diversos serviços, determinam o funcionamento geral.

Destes, destacamos os projectos de: monitorização da dor; manual de controlo da infecção hospitalar com vários protocolos e CIPE (CHMT, 2005 a).

Tem como referência o quadro conceptual de enfermagem que está directamente relacionado com a missão, valores e princípios orientadores da prática de enfermagem. (Ib. Opc.) “deste modo os Valores e os princípios orientam a forma de estar dos enfermeiros do CHMT na sua relação com o Utente, Familiares e Amigos (...) nas relações interpessoais com os pares e outros profissionais (Ib. Opc.:8). Como valores define: Pessoa – individualidade, singularidade, consciência, liberdade, autonomia, solidariedade e justiça.

A competência é definida como: “juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito. Requer conhecimento reflexivo para lidar com as áreas que não se prestam a situações comuns (...) agem a partir de processos de pensamento” (...) os elementos que configuram a competência estão relacionados, de forma intrínseca, com a circunstância e os

contextos em que decorre a intervenção do enfermeiro” (...) promovem o seu aperfeiçoamento profissional através de auto formação, formação contínua e aderem ao processo de avaliação do desempenho, apresentando plano de actividades e reflectindo auto-criticamente sobre a sua actividade profissional” (Ib. Opc.:10).

As diversas instruções de trabalho estão definidas e constam de: história clínica de enfermagem, plano de cuidados; intervenções autónomas e interdependentes e registos vários, integradas na documentação do SGQ (Ib. Opc.), o que promove a intervenção de forma uniformizada. No âmbito da continuidade do funcionamento do serviço, existe o plano de actividades que tem como áreas definidas: Coincidir a alta médica com a de enfermagem; capacitar a pessoa / família; comunicação com os serviços da comunidade; registos – planeamento de alta e cuidados continuados, CIPE, Intervenção em áreas específicas como o doente: com diabetes; em fase terminal, com feridas, com dor, com AVC.

São Princípios orientadores da prática neste hospital, o Bem-Estar do Utente – atitude de ajuda e outras; responde às necessidades; planeia promovendo o auto cuidado; presença de pessoa significativa; a Segurança – promove ambiente seguro; controlo dos riscos – protocolos definidos; normas de limpeza e manutenção dos serviços; a Eficiência – promove um processo de cuidar eficaz, promotor da independência do utente. Gere os tempos, utiliza o SCD/E e optimiza os recursos; a organização – elabora propostas de alteração (...) satisfazer as expectativas (...) a estratégia é baseada na tríade investigação, acção e formação (CHMT, 2005 a):11).

Os enfermeiros e as AAM são os elementos que permanecem no serviço 24 horas distribuídos por turnos de 7,30 ou 8h, de acordo com as necessidades em horas de cuidados. Os médicos e outros técnicos estão no serviço, preferencialmente no turno da manhã e quando chamados.

O método individual e o método de trabalho por enfermeiro responsável, são dois dos métodos existentes no hospital, cabendo ao enfermeiro chefe optar por um ou por outro (Ib. Opc.:12). Neste serviço, a opção é por enfermeiro responsável, sendo responsável por iniciar o processo; actualizar o plano de cuidados individual; cuidar dos seus utentes sempre que está de serviço e orientar o seu tratamento quando está ausente; acompanhar a evolução durante a hospitalização; ser coordenador dos cuidados totais; informar o médico e contactar a família.

Neste método, o enfermeiro é responsável pelo planeamento de todos os cuidados a prestar durante o internamento, ou seja, analisar, planear, implementar e avaliar os cuidados desde o internamento até ao momento da alta (Kron & Gray, 1994). Na sua ausência fica o enfermeiro de segunda linha com a responsabilidade de dar seguimento ao processo (Castledine, 1998).

O enfermeiro responsável planeia os cuidados a serem efectuados aos seus doentes sempre que possível. Utilizam o SCD/E, que se encontra implementado no hospital há cerca de 23 anos. Numa

investigação efectuada, concretamente neste serviço sobre o SCD/E (Reis, 2006), 58,2% dos enfermeiros concordam que este sistema permite gerir diariamente os recursos de enfermagem, no entanto verifica-se muitas horas de cuidados negativas, sem reforço da equipa, associada à elevada dependência dos doentes.

De acordo com o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação o SCD/E, o sistema potencia o processo de melhoria contínua ao identificar as necessidades dos doentes / clientes e prever as horas de cuidados de enfermagem necessárias à sua satisfação.

Este sistema (SCD/E) promove a distribuição dos doentes por enfermeiro responsável, de acordo com o grau de dependência e o número de horas de cuidados necessário. No hospital este processo data de 1983. Apresenta um número de horas de cuidados superior ao desejado, com a taxa de utilização média de 219,7 o que mostra o deficit em enfermeiros – dezanove (UOFC, 2006). As horas de cuidados por doente e por dia neste serviço foram, no ano de 2004, de 7,26h o que parece justificar o grau de dependência (movimentação, 22,7%; terapêutica, 19,3%, higiene e cuidados pessoais, 10,8%, eliminação, 12%, alimentação, 13,9%) à idade dos doentes, superior a 77 anos no geral e às patologias e sequelas (doenças e perturbações do aparelho respiratório, do sistema nervoso, do rim e aparelho urinário e aparelho circulatório). Reis (2006) identifica face ao sistema, no actual serviço de medicina e em relação à tarefa “tratamentos”, um desvio maior (25%) em relação a outros serviços. Os enfermeiros referem que o tempo atribuído pelo SCD/E é inferior ao real, uma vez que se assinala com frequência “penso a lesão aberta uma vez por dia” mas, o que se verifica é o número de lesões ser maior e ultrapassar o tempo atribuído pelo sistema – 30 minutos. Apesar do desvio ser considerado, há factores que não são contabilizados pelo sistema e se constituem como trabalho efectuado pelo enfermeiro.

Como refere Paiva (2006) há aspectos dos cuidados que a documentação não traduz porque as palavras não dizem e se referem a “uma maior atenção” ou atenção dispensada aos aspectos “relacionais”. O conhecimento pessoal, fruto da interacção enfermeiro/ doente, dum processo intuitivo e subjectivo, difícil de objectivar, são constituintes deste sistema. No entanto, a leitura do SCD/E promove a distribuição mais equitativa das necessidades em horas de cuidados.

Independente da leitura efectuada pelo sistema, os órgãos de gestão centram-se na redução de custos como constatámos pelo director do hospital que, apesar de reconhecer o valor do sistema refere “*é preciso prestar cuidados (...) a estratégia terá de ser reduzir a despesa*”.

A direcção de serviço é quem tem que providenciar bem como a direcção de enfermagem, é preciso prestar cuidados. A lógica global de funcionamento do sistema é que não está claramente utilizado (...) eu tenho quando discutimos, no

sentido de reduzir a despesa, a estratégia terá de ser reduzir a despesa. Nós temos que olhar um pouco para isto (Alcaravela, 2006).

A distribuição de produtos é efectuada pelo sistema de duplo compartimento com suporte informático (modelo Medi-math), existindo alguns produtos cuja requisição é efectuada pelo modelo CPC. (CHMT, 2005 a): 18).

O serviço de medicina existe na inter-conexão com os diferentes serviços do hospital, dos quais salientamos a relação com o serviço de dietética e nutrição e a farmácia. Quanto à alimentação e dietética, a distribuição utiliza carros de transporte e regeneração dos alimentos. As refeições são distribuídas pelas copeiras e dadas ao doente pelos enfermeiros e AAM, sendo neste caso supervisionadas pelo enfermeiro. As normas existentes no serviço determinam o modo como as refeições são distribuídas e a sua composição e horário é efectuado de acordo com o que está definido em protocolo. Os produtos relacionados com o serviço de farmácia e terapêutica são repostos pelo sistema de dose unitária em todos os serviços (stock de segurança repostado através do modelo Medi-math).

Constatamos assim, a organização do sistema micro – serviço de medicina, com base em princípios e normas reguladoras efectuadas pelo sistema macro.

3. A INVESTIGAÇÃO E OS EIXOS DE ANÁLISE

É na prestação de cuidados de enfermagem que nos confrontamos com as situações de grande complexidade que, como refere Hesbeen (2000), para cuidar o complexo está omnipresente desde que se trata de prestar uma atenção individual à pessoa. A interdependência, interacção e retroalimentação existente entre a pessoa e o meio, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si, são determinantes para a intervenção em enfermagem.

No entanto, o avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas, o que torna os profissionais de saúde “prisioneiros da abordagem científica do corpo humano, reduzindo-o a corpo objecto” (Hesbeen, 2000:16). Este facto tem implícito uma hiper-especialização e uma fragmentação dos saberes o que, de acordo com Morin (2000:41), “a hiper-especialização impede tanto a percepção do global (que ela fragmenta em parcelas), quanto do essencial (que ela dissolve) e, por outro, os problemas essenciais nunca são parcelados e os globais são cada vez mais essenciais”. Falamos de um cuidar muitas vezes desligado da pessoa enquanto corpo sujeito ou seja, a pessoa como ser holístico e complexo, participante no acto de ser cuidado. Não se pretende descurar as técnicas essenciais ao cuidar mas exige-se um olhar sempre atento, abrangente, de interacção e de integração em que o todo suplante a soma das partes.

O processo de cuidar, pela sua especificidade, é sedento de uma capacidade de inferência por parte dos enfermeiros. É essencial que o profissional desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do acto de cuidar e à mudança dos contextos.

Na prática, segundo vários estudos na área de enfermagem (Costa, 2002; Abreu, 1997), efectiva-se a relação entre competências e exercício profissional, implicando o contexto como factor de desenvolvimento de competências pois é um espaço onde o confronto com o fazer implica, necessariamente, um saber e um saber fazer. A competência “significa sempre o movimento de transição de um saber ou de um saber – fazer para a realização desse mesmo saber” (Ib. Opc.:70), sendo a sua operacionalização “o resultado da qualidade da interface entre o homem e a situação de trabalho” (Sá- Chaves, 2004:156).

Vários têm sido os estudos relacionados com o desenvolvimento de competências nas mais diversas áreas (Boterf, 1994; Abreu, 1997; Correia, 1997; Costa, 2001; Pires, 2001; Ceitil, 2006), onde se verifica uma relação próxima entre o contexto e o desenvolvimento de competências, quer se efectue durante a formação, quer no contexto profissional.

De acordo com Alarcão (1996), a combinação da formação com a prática profissional integra a acção e a reflexão na acção considerando estas como fonte de conhecimento que se gera na própria acção (Kowing-in-action) onde a intencionalidade e o sentido da acção são factores a considerar no desenvolvimento de uma meta competência, ou seja, uma ferramenta de transferência de atitudes (Barth, 1993).

A experiência é o ponto de partida que permite reflectir, entre outros, a organização do trabalho e os modos de gestão. A interacção do conhecimento com o contexto profissional, o reconhecimento e a atribuição de um novo significado ao seu referencial, enquanto enfermeiro, proporciona o desenvolvimento do processo cognitivo. Este processo levou-nos a questionar a resposta dos enfermeiros aos desafios colocados em contexto de trabalho, quer em termos das organizações, pelas exigências do mundo do trabalho, quer em termos profissionais, pela postura de um novo profissionalismo capaz de responder aos desafios da nova sociedade da globalização – “interdependência crescente dos actores, a hiper-concorrência; a complexidade; a incerteza; a velocidade crescente da produção do conhecimento e da informação” (Trigo, 1999:3).

Por outro lado, constatamos que muitos dos enfermeiros respondem às necessidades actuais nos locais de trabalho. No entanto, a organização dos cuidados de enfermagem, as novas exigências, a singularidade dos processos e a necessidade de uma resposta integrada à pessoa alvo dos cuidados, exige competências não só, a nível individual, mas também no contexto de uma capacidade colectiva, o que inclui, tanto a lógica da organização do trabalho, como da gestão participativa (Costa, 2002). Assim, questionamos também, o contexto, enquanto factor promotor do desenvolvimento de competências do enfermeiro.

As novas práticas de gestão na sociedade actual, fazem apelo ao modelo de gestão por competência, valorizam os altos níveis de escolaridade nas normas de contratação, na mobilidade e no acompanhamento individualizado da carreira, instigam à formação contínua e desvalorizam os antigos sistemas de hierarquização e classificação. A carreira é ligada ao desempenho e à formação havendo, portanto, um deslocamento do conceito de qualificação profissional para o de competência profissional. Neste âmbito, pretende-se realçar, não só a posse dos saberes disciplinares escolares, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho (Deluiz, 2005).

Actualmente, exige-se uma postura profissional capaz de responder aos desafios da nova sociedade da globalização onde as profundas alterações das sociedades “conduzem inevitavelmente à renovação das competências requeridas dos trabalhadores: espírito crítico e responsabilidade em

todos os níveis; autonomia no espaço e no tempo; capacidade de mobilizar seus conhecimentos para resolver problemas; passagem do concreto ao abstracto, e vice-versa; simbolização e emprego de linguagens diversas; raciocínio, capacidades de se comunicar e de trabalhar em equipa e criatividade” (Pair, 2005:177).

As competências transversais adquiridas durante a formação inicial são susceptíveis de desenvolvimento ao longo da vida, “para responder aos novos desafios impostos pelo desenvolvimento social (...), onde a sociedade mundial atravessa um período de questionamento e de dúvida, no qual as visões claras e convincentes tornaram-se raras” (Hughes, 2005:35).

Desta forma, as competências articulam as dimensões, pessoal e social, num processo dinâmico e de interações várias, resultando num processo de aprendizagem complexo, forjado pelo tempo e ao longo de um percurso de experiências. Este facto põe em interacção a pessoa e o meio, além do tempo, existindo uma bidireccionalidade entre a pessoa, o ambiente, objectos e símbolos, em que são influenciados ao mesmo tempo que influenciam (Bronfenbrenner; Morris, 1998).

Confrontamo-nos assim, com um conjunto de razões de natureza pessoal, profissional e disciplinar, que nos levam a colocar algumas questões:

- De que modo o contexto profissional promove o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros?
- Qual a articulação entre o processo de aprendizagem dos enfermeiros e o desenvolvimento de competências profissionais?
- Como constroem os enfermeiros o processo de desenvolvimento de competências profissionais no cuidar em enfermagem?
- Que sinergias desenvolvem os diferentes actores da equipa de saúde, na construção das competências profissionais dos enfermeiros?

Tomando como objecto de análise os enfermeiros em contexto de trabalho, num serviço de medicina, centramo-nos nas práticas desenvolvidas em contexto hospitalar, na interacção com o sujeito alvo dos cuidados, na equipa de saúde, na trajectória profissional / experiência de vida dos enfermeiros e no agir em situação. Articulamos desta forma os actores, os contextos e os saberes, dimensões em estudo, num processo dinâmico e interactivo (Diagrama 7).

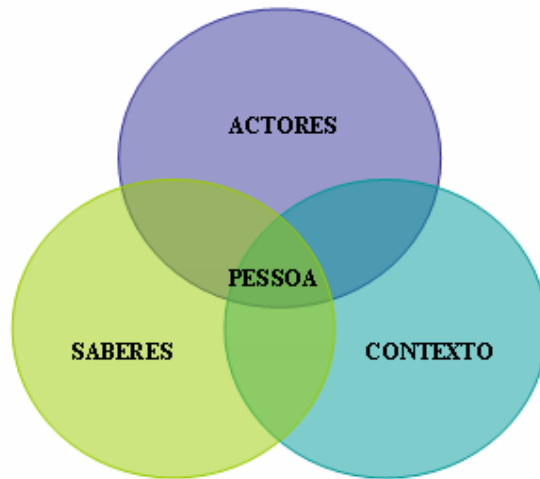


Diagrama 7- Dimensões do processo de desenvolvimento de competências

Considerando:

- Uma sociedade de imprevisibilidade e incerteza, de inovação e mudança presente no mundo de hoje, onde se exige flexibilidade e criatividade na intervenção por parte do enfermeiro visando a qualidade dos cuidados, a satisfação dos clientes e consequente desenvolvimento da enfermagem, da saúde e dos cidadãos;
- Um paradigma de educação / formação ao longo da vida onde o enfermeiro é agente da sua formação, aprende a formar-se, sendo primeiro aprendiz que se forma e se transforma em profissional qualificado, cidadão activo e responsável no âmbito de uma comunidade, de uma empresa ou de um serviço socialmente responsável (Ambrósio, 2004);
- A capacidade de (re)formular um conhecimento profissional não standard, baseado numa reflexão crítica sobre a praxis onde se gere a emergência do conhecimento e do auto conhecimento, onde se possa “permitir a autonomia e, nela, a consciência, a auto-estima, a imagem e a identidade” (Sá-Chaves, 2002:85);
- A capacidade da organização do trabalho produzir saberes através de uma dimensão individual, colectiva e interactiva possibilitando a aprendizagem através da organização (Canário, 2000);
- O desenvolvimento profissional como um processo interactivo simultaneamente inter e intra pessoal na interacção e colocado em acção no campo profissional.

Constitui a **finalidade** desta investigação, compreender o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho, a influência do contexto da prática, da trajectória pessoal e profissional na construção dos saberes e no cuidar em enfermagem, num serviço de medicina hospitalar.

Temos como tese que, uma instituição hospitalar prestadora de cuidados de saúde se constitui enquanto ecossistema com:

- Condições, que permitem aos enfermeiros prestarem cuidados de qualidade;
- Interações, aos mais diversos níveis, promotoras de bem-estar, quer ao nível pessoal, quer profissional;
- Estrutura organizativa, que promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos actores.

A pesquisa neste contexto tem como **objectivos**:

- Compreender a influência do contexto da prática no desenvolvimento de competências dos enfermeiros, numa unidade de medicina hospitalar.
- Analisar os eixos estratégicos utilizados pelos enfermeiros no desenvolvimento de competências, no contexto de uma unidade de medicina hospitalar.
- Compreender a influência de determinantes do desenvolvimento de competências na dimensão pessoa / enfermeiro e na dimensão organização, no contexto de uma unidade de medicina hospitalar.

Perspectivando responder às questões, formulamos o seguinte **problema** a investigar:

Como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem num serviço de medicina hospitalar e quais as determinantes desse processo?

Acreditamos que a análise crítica deste processo poderá contribuir para uma maior compreensão do processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho para a estruturação da aprendizagem ao longo da vida, a melhoria da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Colocando as questões de investigação numa interacção dinâmica entre a pessoa e o meio, integrando e reproduzindo novas formas de estar e de (re)construção de si, do outro e do meio, baseamo-nos na teoria ecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1998) para poder compreender este processo.

De acordo com Bronfenbrenner (2002), sendo o meio o ambiente natural onde a pessoa se encontra, consideramos o serviço de medicina com os diferentes sistemas em interacção “estruturas encaixadas e concêntricas” promotor dos “processos proximais”, que operando ao longo do tempo, compreendem os primeiros mecanismos do desenvolvimento humano.

A pessoa é o enfermeiro enquanto ser único, com a sua individualidade e com determinadas características ou disposições; com recursos bio ecológicos, experiência e conhecimento, convicções, temperamento, além de metas e motivações.

O processo refere-se às ligações entre os diferentes actores da equipa de saúde, com papéis e actividades diárias. O processo de desenvolvimento (intelectual, emocional, social e moral) integra a participação activa em interacção progressivamente mais complexa e recíproca com pessoas, objectos e símbolos, no serviço. Para que este processo ocorra, é necessário considerar uma base regular de períodos de tempo. Pelo tempo em que ocorrem, podem adquirir formas mais ou menos duradouras de interacção no ambiente imediato constituindo os processos proximais (proximal process).

O contexto é definido como o meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais – o serviço de medicina.

O tempo é considerado como o espaço de tempo em que ocorrem as mudanças, referindo-nos essencialmente ao micro e mesotempo.

Em síntese, o ambiente ecológico de desenvolvimento profissional não se limita apenas ao serviço de medicina, mas inclui as interconecções entre os ambientes mais amplos – serviço, com outros profissionais e outros serviços, com as normas e orientações do serviço e ainda com os objectivos e missão da organização. De acordo com Bronfenbrenner existe uma influência concebida topologicamente como uma organização de estruturas concêntricas, cada uma contida na seguinte, a que o autor chama de: micro -, meso -, exo - e macrossistema (Diagrama 8), no qual fazemos sobrepor, de modo dinâmico, as três dimensões em estudo – actores, contexto e saberes.

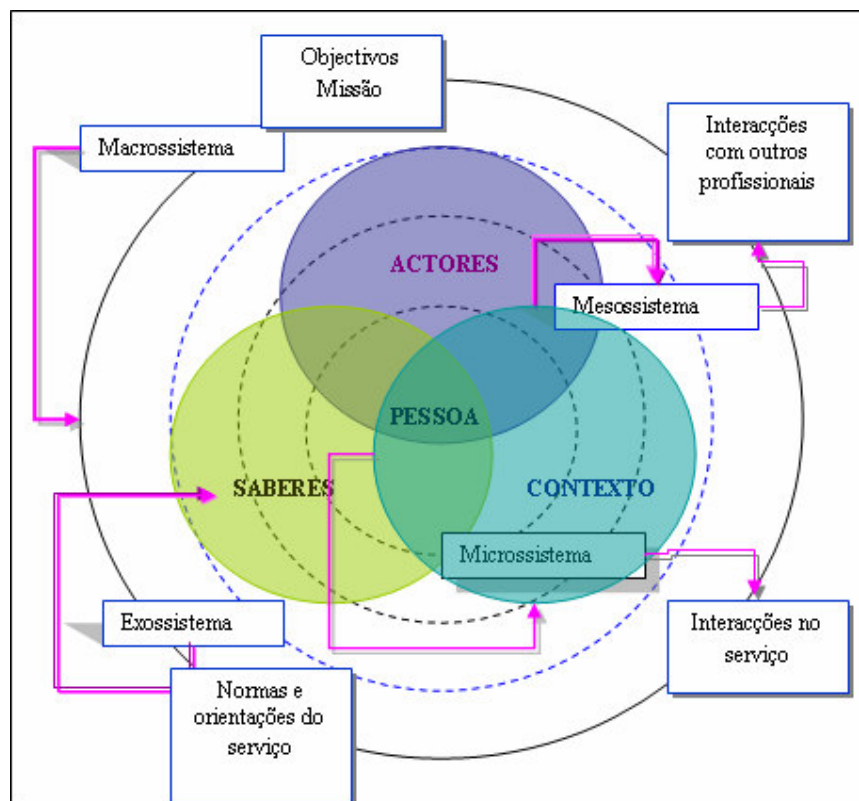


Diagrama 8 - Paradigma de desenvolvimento de competências baseado no modelo de Bronfenbrenner

Assim, consideramos de acordo com (Bronfenbrenner, 2002):

No microsistema, nível mais interno, o enfermeiro desenvolve um padrão de actividades e papéis de acordo com o Dec Lei n.º 161/96. de 4 de Setembro. As interações interpessoais desenvolvidas constituem as díades, definidas como padrões de actividade conjunta e que se expressam em comportamentos verbais e não verbais.

As díades, num primeiro nível, são, de acordo com Bronfenbrenner, díade de observação. Num segundo nível, a díade é definida de participação ou actividade conjunta, onde se destaca a necessidade de existência de reciprocidade, equilíbrio de poder e afectividade e, num terceiro nível, verifica-se a evolução para díade primária, onde se realça a presença da relação, mesmo na ausência de uma das partes.

O papel constitui, além das expectativas que a sociedade tem sobre o seu desempenho, as expectativas que a própria pessoa tem relativamente ao que outros esperam dela.

O contexto definiu-se o serviço de medicina de um dos hospitais do CHMT, onde incluímos os vários sistemas em que os profissionais interagem.

As actividades molares, como formas de comportamento percebidos pelo próprio e com significado para si e para os presentes. Neste serviço o enfermeiro desenvolve determinadas actividades

molares, ou seja, possui um comportamento continuado num momento (quantidade de movimento) próprio que é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente (Bronfenbrenner, 2002). As actividades molares envolvem, não só, as actividades desenvolvidas pelo enfermeiro, de forma isolada, mas também as interacções com outras pessoas dentro do mesmo ambiente. Assim, nas díades considera-se cada elemento como factor potenciador do desenvolvimento de si e do outro. A construção desta realidade só é possível “ser inferida a partir de padrões de actividade, conforme eles se expressam em comportamentos verbais e não verbais, particularmente nas actividades, papéis e relações (elementos do microssistema) em que a pessoa se envolve” (Bronfenbrenner, 2002:10). As diferentes díades são consideradas a partir da interacção do enfermeiro com outro elemento da equipa de saúde. Nas actividades e díades considerámos ainda, a complexidade das situações e o significado atribuído pelo profissional à acção de cuidar que tem para o profissional.

No mesossistema, nível mais externo, as interacções entre dois ou mais ambientes nos quais o enfermeiro, em desenvolvimento, participa activamente. Este sistema é formado pelas pessoas que interagem directamente com ele ou por outros que podem influenciar esse processo. No contexto do serviço de medicina, consideramos as normas e padrões definidos pelo serviço.

O sistema exo, nível ainda mais externo, é um ambiente em que não envolve a pessoa em desenvolvimento como um participante activo, mas no qual ocorrem eventos que afectam, ou são afectados, por aquilo que acontece” (Bronfenbrenner, 2002:21).

No macrossistema, nível externo, “o complexo de sistemas encaixados, inter conectados, é considerado como uma manifestação de padrões globais de ideologias e organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou sub cultura” (Bronfenbrenner, 2002:8).

Neste âmbito englobamos os diferentes projectos da instituição, missão, valores e cultura institucional, bem como a legislação referente à organização da saúde.

Assim, no nosso estudo iremos apenas considerar o sistema micro, meso e macro, pelas interacções existentes entre eles e a influência verificada.

CAPÍTULO II

OPÇÕES METODOLÓGICAS

1. TIPO DE ESTUDO

Após o percurso efectuado, marcado por alguma inquietação face ao estar, enquanto pessoa, profissional e membro de uma sociedade, múltiplas questões surgiram relacionadas com as opções metodológicas.

A natureza e a complexidade do objecto de estudo, o número de dimensões em causa, os métodos a utilizar na recolha de dados, a heterogeneidade dos fenómenos e a sua análise condicionaram as nossas opções. Temos consciência que as opções metodológicas não irão substituir o investigador, mas antes proporcionar os meios para o percurso da investigação, sabendo que a imersão neste processo de conhecimento é indispensável, ou antes, é imperioso. É uma tarefa exigente que requer arte de pensar (acto de reflexão), uma preocupação com o rigor da investigação (acto de objectivação do pensamento) e o domínio de técnicas científicas de exploração (saber técnico) ou seja, exige do investigador um trabalho intelectual intenso (acto de vontade) (Deshaies, 1992). Por outro lado, o objecto das ciências humanas é constantemente construído e é um desafio ao entendimento humano, simultaneamente exterior a nós, que está em nós e interage connosco. Percebendo o objecto em estudo como um complexo de relações é preciso captá-lo por métodos múltiplos, onde a objectividade não se pode desligar das características sociais (Bachelard, 1996). Neste caso, a investigação situa-se na área das ciências sociais e humanas, cuja opção é estudar a natureza do fenómeno no contexto dos sujeitos, sob uma abordagem holística e como um sistema complexo onde “a compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que nele estão envolvidos”(Craig; Smith 2004: 137). Constitui, não só, uma investigação naturalista, como de natureza qualitativa (Miguel, 1999, Streubert e tal, 1995, Lessard-Herbet e tal, 1990, Craig e Smith, 2004).

A abordagem qualitativa estuda situações complexas, ou estritamente particulares, procurando compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos e de forma mais apurada, o comportamento dos mesmos nos seus contextos. Tem como concepção: 1) o ambiente natural como fonte directa de cuidados; 2) os dados são, na maioria, descritivos; 3) a pesquisa centra-se no processo mais do que no resultado e no produto; 4) a análise dos dados é efectuada de forma intuitiva, centrando-se no significado atribuído pelas pessoas às coisas; 5) o pesquisador qualitativo mobiliza o exercício da acção / reflexão / pesquisa e acção (Lincoln e Guba, 1985; Deshaies, 1992; Polit e Hugler, 1995; Streubeert e Carpenter, 2002). Neste âmbito pensamos ter cumprido a

orientação metodológica, no paradigma qualitativo, uma vez que a investigação se situa na prática dos cuidados de enfermagem e visa investigar:

Como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem num serviço de medicina e quais as determinantes desse processo?

No entanto, importa definir, de entre as várias opções metodológicas, as que poderão dar resposta ao nosso problema. Assim, considerar as características do problema, questionar o modo como os enfermeiros desenvolvem as suas competências, questionar as interações e a relação entre o enfermeiro e o contexto, ou seja, colocar a questão nos métodos utilizados para a produção da realidade quotidiana é, situarmo-nos na etnometodologia Flick (2005), ou seja, compreender o modo como as pessoas produzem a realidade social nos seus processos de interação (Ib. Opc.).

Para melhor compreensão da Etnometodologia, faremos um pouco de história.

Desde a Grécia Clássica, Idade Média e Renascimento que existe o pensamento e a reflexão sobre a realidade social. Durante o Século XVIII, autores como Montesquieu, Locke, Hume, Rousseau e Auguste Comte, foram considerados pensadores da sociedade, mas só no Século XIX se fala em Ciências Sociais.

É nesta altura que a sociedade evolui da mesma maneira e no mesmo sentido: inicia-se pelo estado teológico, passa para o estado metafísico e, por fim, para o estado positivo ou científico (Araújo, 2003).

Com Spencer surge a compreensão da realidade social fazendo-se a analogia entre a sociedade e um organismo vivo, associado à teoria de Darwin, e com Durkeim os factos sociais são entendidos como “coisas”, quer nas sociedades primitivas, quer nas sociedades complexas.

Inicia-se nesta altura, Século XX, a Sociologia Funcionalista com a teoria da Integração onde a sociedade é vista como um todo formado por partes constituintes diferenciadas e interdependentes. O estudo da sociedade deve ser realizado do ponto de vista das funções das suas unidades. Nesta fase, nomes como Marx, com o modelo das Ciências Sociais e a teoria do conflito, com Max Weber e Jorge Simmel, fundador da Sociologia com o conceito de acção social como acção do indivíduo dotado de significado para o próprio, dedicam-se ao estudo das ciências sociais. Na mesma altura, Malinowski, Parson e Levi-Strauss dão origem ao Estruturalismo.

É com Mead, Blumer e mais tarde Harold Garfinkel, em 1967, que surge uma nova corrente de pensamento, a etnometodologia, que tem por objectivo compreender como os indivíduos vêem, descrevem e propõem em conjunto uma definição das situações diante das quais se encontram (Bogdan e Biklen, 1994; Coulon, 1995).

Para Coulon (1995:30) “a etnometodologia é a pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas acções de todos os dias: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar”. Nesta, é interesse da etnometodologia pôr em evidência os métodos pelos quais os actores “actualizam” essas regras, ou seja, o foco é colocado no modo como a interacção se organiza (Coulon, 1995; Flick, 2005) e tem como hipóteses (Heritage: Flick, 2005:21):

- As interacções organizam-se em estruturas;
- As interacções são moldadas pelo contexto e também o renovam;
- As duas propriedades são inerentes aos pormenores das interacções, pelo que nenhuma ordem desses pormenores pode ser à priori desprezado como accidental, irrelevante ou desordenado.

Assim, na presente investigação, considerámos as características da etnometodologia e o modelo ecológico de Bronfenbrenner. Não nos cingiremos, apenas, à descrição do “como”, na construção da realidade social no serviço de medicina mas, também, à atribuição subjectiva de significados, como o papel de contextos anteriores, certas influências culturais ou outras, fundamentais na construção das práticas sociais (Flick, 2005). Neste sentido, as competências, como anteriormente dissemos, são o resultado de múltiplas interacções e da trajectória pessoal e profissional, só acessível pelo significado atribuído pelo sujeito.

Optaremos também por uma abordagem interaccionista, cujo enfoque se situa na dimensão micro e na atitude interpretativa dos sujeitos e que apresenta três pressupostos básicos, definidos por Blumer (1969):

- O comportamento humano funda-se nos significados do mundo;
- A fonte dos significados é a interacção social entre os indivíduos;
- A utilização dos significados ocorre por meio de um processo de interpretação das situações vivenciadas, (Araújo, 2003; Blumer, 1969).

Para melhor responder aos objectivos da investigação e nos situarmos no significado atribuído pelos sujeitos às acções, referimos como características do interaccionismo simbólico a considerar como fundamentais:

- A indicialidade, sinal de incompletude natural das palavras, o que quer dizer que só ganham sentido “completo” no seu contexto de produção. Neste sentido, o significado da linguagem quotidiana depende do contexto em que aparece, é sempre local e não tem generalização possível, pelo que nos situamos, em exclusivo, no contexto específico dos cuidados no serviço de medicina hospitalar.

- A reflexividade, que se refere à descrição duma situação enquanto se constitui, “designa a equivalência entre descrever e produzir uma interacção, entre a compreensão e a expressão dessa compreensão” (Coulon, 1995:42).
- A *accountability* pressupõe os *accounts* que permitem analisar a constituição do mundo social, a sua descritibilidade e a sua objectividade.
- A noção de membro, que tem como significado dominar a linguagem institucional comum, ou seja um “estar no mundo”. O membro é aquele que “exibe naturalmente a competência social que o agrega a esse grupo e lhe permite fazer-se reconhecer e aceitar” (Ib. Opc.:48).

Face a todos os pressupostos descritos, como compreender uma realidade, como fenómeno, permanentemente em construção e sob o efeito de diversas descrições produzidas pelos actores da situação?

Como nos diz Bournard (1999: 5) “para compreender o sentido complexo da situação, é preciso nela própria penetrar e apreendê-la nas interacções entre os diferentes actores sem prejuízo das consequências para o investigador”. O investigador deve adoptar uma atitude de “indiferença etnometodológica”, abstendo-se de interpretações a priori assim como da adesão às perspectivas dos actores. Por outro lado, o contexto institucional torna-se relevante e é construído através dos contributos dos intervenientes, possível de ser investigado a partir da observação participante que permite, num “movimento pendular metodológico” entre o ponto de vista do investigador e o dos actores, reconhecer uma diversidade de dimensões em análise.

Este facto permite uma resposta de cooperação entendido como “ler” as acções e intenções da outra pessoa e responder de um modo apropriado, essência da comunicação interpessoal, que faz do Interaccionismo Simbólico uma teoria vital da comunicação (Littlejohn, 1988).

Estamos perante um estudo, resumido no Diagrama 9, em que se parte dos sujeitos, enfermeiros, no contexto de cuidar e dos significados que essa situação tem para eles. O contexto, as interacções e os significados sociais e culturais, são reconstituídos passo a passo em novas formas de conceber outros processos de cuidar. Posteriormente centra-se o interesse no modo como as interacções se organizam e posteriormente importa questionar as normas implícitas ou inconscientes que poderão gerar actividades manifestas. “O foco principal incide na correspondente cultura e nas estruturas e normas que oferece aos indivíduos para cada situação” (Flick, 2005:25). Parte-se da ideia de que a realidade é activamente produzida pelos participantes por meio da atribuição de significado a acontecimentos e a objectos. Perspectiva-se um paradigma construtivista, centrado no modo como “a realidade é socialmente construída, por meio de várias formas de conhecimento – do

conhecimento comum até à ciência e à arte - que são vários modos de construção da realidade” (Goodman, 1978, citado em Flick, 2005:31”).



Diagrama 9 – Novas formas de conceber as práticas clínicas (Adaptado de Flick, 2005:25)

A investigação com as características do interaccionismo simbólico, associado ao grupo de sujeitos, actores no processo de cuidar em enfermagem, no serviço de medicina hospitalar que, pela profundidade da análise a desenvolver e as dimensões implicadas a considerar, permitiu efectuar especificações, precisar detalhes, explicar particularidades” (Gauthier, 2003) assume a característica essencial de um estudo de caso. Por outro lado, Yin (2006), refere o estudo de caso quando se “investiga um fenómeno contemporâneo no contexto da vida real especialmente se os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente evidentes” (Ib. Opc.:32). De acordo com o referido, consideramos como caso “os enfermeiros de um serviço de medicina hospitalar”, assim definido no problema a investigar e como unidade de análise “os enfermeiros no processo de cuidar num serviço de medicina hospitalar” e como sub-unidades de análise – os actores (pessoa / profissional e os elementos da equipa de saúde); o contexto (serviço de medicina na instituição) e os saberes (aprendizagem experiencial), aspectos definidos nas questões de investigação.

Após a definição do estudo, passamos ao campo de investigação, situação a abordar no próximo capítulo.

2. O ACESSO AO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Estávamos na fase da definição do local para a nossa investigação. Após o desenho da investigação e sabendo das questões que se colocam no campo da investigação qualitativa, o acesso ao contexto definido – serviço de medicina hospitalar, mereceu-nos especial atenção. Assim tivemos em consideração:

- O tempo a disponibilizar, a sua relação com o exercício profissional e o modo como articular a colheita de dados e as sucessivas idas ao terreno;
- A natureza das relações interpessoais a estabelecer, pois tínhamos relações pessoais e profissionais que teríamos de gerir;
- O envolvimento com a instituição, como unidade em análise, e a acessibilidade ao campo a investigar;
- O tipo e a riqueza de dados a analisar.

Seleccionámos como contexto um serviço de medicina, pois estes estão “vocacionados para um conjunto de doenças e de doentes (...) de longa permanência no hospital (...), há um conjunto de actividades e funções que são transferidas para os enfermeiros” (Costa, 2002: 61) o que, nos possibilitava a observação repetitiva de situações. O serviço seleccionado, pela acessibilidade ao contexto, fica na Sub Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), Hospital Rainha Santa Isabel.

O acesso à instituição seria o passo seguinte. Dadas as relações existentes, quer pessoais quer profissionais, tornou-se num processo menos moroso, sem, contudo, deixarem de existir as devidas questões sobre a investigação e o investigador. Neste sentido, é referido que “a entrada numa instituição não é tanto um problema de informação mas antes um problema de estabelecimento de uma relação” (Flick, 2005:59). Apesar das relações existentes, a entrada no campo passou pelo pedido oficial de autorização à Instituição (Anexo I) com contactos formais e informais quer com a direcção do CHMT, directamente com o Director Hospitalar, com a Enfermeira Directora e com a Direcção do Serviço de Medicina, Médico e Enfermeira Chefe. Este período decorreu de Janeiro de 2006 a Setembro de 2007.

Várias foram as questões colocadas face aos objectivos da investigação e a relação, quer com o sigilo profissional, quer com as questões éticas da investigação. Fomos, contudo, desfazendo alguns receios sobre as consequências da investigação e qualquer aspecto avaliativo face aos actores. Após o acesso ao terreno, enfrentávamos o problema de chegar às pessoas mais

interessantes para a pesquisa. Questões da estranheza e de familiaridade (Flick, 2005) foram colocadas.

A necessidade de nos orientarmos e encontrarmos o caminho clarificando as rotinas e as evidências, faziam-nos avançar passo a passo com elementos com quem tínhamos alguma relação e progressivamente com os restantes elementos da equipa. Era fundamental abandonar as perspectivas de estranho e passar a um processo sociológico de aprendizagem, um elemento no papel de iniciado, assumindo a mundivalência interna – compreender, na perspectiva de membro, os pontos de vista dos participantes (Flick, 2005). Pretendíamos negociar a proximidade com os diferentes elementos da equipa, de modo a que os dados colhidos correspondessem estritamente àquilo que pretendíamos representar de um modo verdadeiro e autêntico (Miles e Huberman, 2002; Lessard-Hérbet, 1990). Não esquecendo que o envolvimento de relações pessoais próximas pode conduzir à existência dos enviesamentos, partimos para o terreno, enquanto investigadores, registando tudo o que sentíamos e esperávamos encontrar (Bogdan e Biklen, 1994).

A nossa presença no contexto, a forma como fomos sendo integrados e o *feedback* obtido pela resposta verbal e não verbal dos diferentes sujeitos à nossa presença, foi incentivo para uma constante (re)construção dos meios à validação dos dados. A relação de confiança com os sujeitos da investigação fez com que esta se tornasse numa relação aberta e mutuamente enriquecedora. Tivemos, assim, um papel múltiplo pelo que, além de participante, explorador, negociador e intérprete, assumimos um papel activo na investigação.

A observação efectuada foi promotora de uma interacção com os diferentes actores em momentos formais e informais. Optámos por uma posição de abertura, transparência e negociação de mútuas expectativas, finalidades e interesses o que nos possibilitou ser considerado, em muitas situações, como membro em relação ao objecto de investigação.

Considerando o objectivo da pesquisa qualitativa, como refere Leininger (1985), documentar e interpretar tanto quanto possível a totalidade de qualquer fenómeno que esteja a ser estudado em particular e segundo o ponto de vista da própria pessoa, definimos como participantes os enfermeiros que queriam participar no estudo, que fossem voluntários e activos na investigação. É por isso, uma amostra não probabilística de voluntários. Não esquecendo que as decisões de amostragem, neste tipo de investigação, oscilam sempre entre abarcar o campo mais vasto possível e o de realizar as análises mais profundas que puder ser, optámos, considerando o problema a investigar, pela segunda opção, que como refere Flick (2005), é preciso responder aos casos que o problema de investigação suscita.

Considerando a situação profissional e os sujeitos indissociáveis dos contextos, foram também participantes no estudo os diferentes actores no processo de cuidar em enfermagem e outros que se

julgaram necessários, como informantes chave da instituição de saúde (enfermeiro chefe, supervisor e outros).

Como **critérios** de selecção definimos:

Enfermeiros com experiência profissional o que, de acordo com Benner (2001), é um profissional que transforma a competência. Para a mesma autora, “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (Ib. Opc.:23).

Enfermeiros competentes, ou seja, a trabalhar há 2 ou 3 anos no mesmo serviço. Este tempo leva o enfermeiro a ser confrontado com situações de planificação consciente e deliberada ajudando a ganhar eficácia e organização (Benner, 2001).

O facto de se mobilizarem diferentes intervenientes na colheita de dados para o mesmo objectivo, pode garantir a validade interna do estudo, pela abrangência de sujeitos sobre os mesmos conceitos em estudo (Durand; Blais, citado em Gauthier, 2003:192).

Considerámos outros elementos da equipa por ser importante mobilizar diferentes intervenientes na recolha de dados para o mesmo objectivo o que garante a validade interna do estudo pela abrangência de sujeitos sobre os mesmos conceitos em estudo (Durand; Blais, citado em Gauthier, 2003:192).

A operacionalização da colheita de dados foi ocorrendo na complexidade da interacção com os diferentes instrumentos a utilizar, suportada nas questões de investigação, objectivos, enquadramento teórico e na teoria de Bronfenbrenner.

O desenho da nossa investigação surge durante o processo de questionamento e à medida que a investigação avança. A flexibilidade no desenho é uma consequência lógica da metodologia qualitativa, na qual se inscreve esta investigação. Como refere Medina (2006), “os desenhos que se aplicam aos trabalhos qualitativos não são puros, uma vez que incluem elementos que pertencem a mais de um modelo, até que um deles seja predominante”.

3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O planeamento da recolha de informação, dado tratar-se de uma investigação etnometodológica exigiu uma fusão completa com o objecto em estudo e a focalização nas actividades do dia a dia, na sua execução e na construção de um contexto de interacções (Flick, 2005).

Foi um processo que se efectuou a par e passo com a ordenação e análise, característica do estudo etnometodológico.

A fase inicial deste processo começou com o planeamento dos instrumentos da recolha de dados.

O percurso decorreu de Fevereiro de 2006 a Julho de 2007 (análise documental, entrevistas e observação participante), o que implicou estar dentro do mundo do sujeito, apesar de estar do lado de fora, aprender algo com o sujeito, apesar de não ser necessariamente o sujeito, procurar saber o que é ser como ele, participar nas suas actividades, sem contudo obter prestígio por isso.

Partimos para o contexto, considerando as diferentes fontes de dados (Quadro 4) com uma postura de abertura e confiantes no entusiasmo e na criatividade que o processo representava.

Quadro 4 - Fonte de dados correspondentes e eixos em análise

Fonte dos dados	Eixos em análise		
	Actores	Contexto	Saberes
Observação participante	Equipa saúde	Enfermaria Salas de trabalho Copa	Enfermeiros
Entrevistas etnográficas	Equipa de saúde	Equipa de saúde	Equipa de saúde
Entrevistas especialistas	Director do hospital Enfermeira chefe Enfermeira directora		Enfermeira chefe Enfermeira directora
Entrevistas semi estruturadas	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros
Documentos	Legislação; Normas e procedimentos	Legislação, Normas e procedimentos	

Neste sentido planeámos as diversas etapas de forma rigorosa, ainda que flexíveis, tendo em consideração constrangimentos relacionados com o contexto de investigação ou com o próprio investigador. Assim, consideramos:

- O registo sistemático dos dados;
- O recurso a estratégias diversas de recolha de informação;
- A necessidade de análise sistemática dos dados e validação ao longo da recolha dos mesmos (Costa, 1986).

3.1. - ENTREVISTA

A validação dos dados e a complementaridade da informação só é possível pela interacção das fontes. A entrevista foi o instrumento de eleição ao longo do estudo, tomando diversas características de acordo com o momento, objectivos e participantes. Esta foi possível a partir da interacção existente e depois de algum tempo de construção da relação.

Triviños (1987:150) refere “quando se tem alcançado um nível de simpatia recíproca, de confiança mútua, entre informante e pesquisador, podemos dizer que os dados fornecidos pelo entrevistado são vitais para a pesquisa, porque o informante marca a sua presença também com verdadeiro interesse, isto é, está participando activamente no desenrolar da investigação”.

Neste estudo colocamos a objectividade entre parênteses e as relações humanas são parte do contexto do estudo com a sua intersubjectividade, a complexidade e a instabilidade (Vasconcellos, 2002). Esta abordagem permitiu-nos estar ao lado dos actores, cuidando em momentos que sentia que podíamos participar desse cuidado, quer com os utentes quer com os próprios actores da investigação, tendo presente a nossa intersubjectividade.

Ao efectuarmos a investigação num contexto que envolve seres humanos, o respeito e dignidade humana dos sujeitos envolvidos foram respeitados, garantindo a confidencialidade e privacidade dos dados, no respeito pelos valores culturais, sociais, éticos e morais. A participação nas entrevistas foi voluntária, garantido o anonimato na apresentação dos resultados e a validação dos mesmos bem como garantido o retorno dos resultados da investigação.

Entrevista etnográfica

Este tipo de entrevista permitiu articular a observação participante com as oportunidades de entrevistas que surgiram espontaneamente e resultaram de contactos regulares no terreno. Para Spradley (1980:58-59) “o melhor é conceber a entrevista etnográfica como uma série de conversas amistosas, em que o entrevistador introduz paulatinamente novos elementos, para ajudar o interlocutor a responder como informante”. O uso de questões colocadas por “como” mais do que “por que”, colocaram os sujeitos do estudo numa situação “amigável” e “não ameaçadora”. Sempre que a oportunidade surgia, era efectuado um pedido específico de entrevista informal. A receptividade dos enfermeiros e a colaboração nas questões colocadas, permitiu dar resposta à atribuição do significado em situações de cuidados específicos.

Estas ocorreram com os enfermeiros, os doentes e familiares e outros elementos da equipa durante o período de observação participativa. Surgiram como respostas a questões durante a observação em campo, relacionados com Porquê? O quê? Como? Com quem?

Tivemos como objectivos:

- Clarificar as situações em observação durante o processo de cuidar em enfermagem;
- Identificar o significado atribuído pelo cliente, utilizador de cuidados de enfermagem, sobre a situação de cuidado e a organização a nível micro e macro;
- Identificar as vivências no serviço de medicina relacionadas com o desempenho profissional dos enfermeiros e com a organização dos cuidados, a nível meso e macro.

Entrevista de especialistas

Este tipo de entrevista, segundo Neuser e Nagel (Flick, 2005), coloca a tónica na especificidade do conteúdo e na forma como a entrevista é conduzida, mantendo o entrevistador o tema escolhido e o entrevistado a especificidade do que se pretende.

Foi fundamental o uso de um guião (anexo II) evitando a perda por temas irrelevantes e permitindo ao perito expressar a sua posição e a sua perspectiva na matéria. A entrevista foi utilizada com informantes que considerámos chave no processo, como o director do hospital, enfermeira-directora e a enfermeira-chefe do serviço e tiveram como objectivo caracterizar a Instituição nos domínios do sistema de Gestão; do sistema de formação e do sistema de comunicação, a nível macro.

As entrevistas tiveram por base o Dec. Lei nº 301/2002 de 11 de Dezembro que criou o Centro Hospitalar Médio Tejo, no Sistema de Gestão da Qualidade com base nos requisitos das normas

portuguesas NP EN ISO 9001:2000 e NP EN ISO/IEC 17025:2000 e na aprendizagem organizacional.

Entrevista semi-estruturada

Este tipo de entrevista surgiu da necessidade de identificar os pontos de vista dos sujeitos. Tinha uma hora e um espaço marcado além de um pedido específico para a sua realização. Teve por base um guião (anexo III) onde considerámos, na sua condução, os seguintes aspectos:

- *A não directividade* caracterizada por questões como: o que mais o impressionou durante a sua trajectória de vida? O que sentiu perante a situação? Aprendeu alguma coisa de novo? O que faria de diferente em situação idêntica?
- *A especificidade* - este aspecto foi mantido fazendo referência à análise retrospectiva sobre o percursos de vida relevante para a profissão. Em situações de relevo, foi pedido que recordasse a situação e a descrevesse de forma pormenorizada, encorajando a análise retrospectiva;
- *A amplitude* visando garantir todas as dimensões e temas relevantes a investigar;
- *A profundidade e o contexto pessoal* que asseguraram as respostas emocionais do entrevistado. Aqui foram realçados os sentimentos – o que sentiu e o modo como os vivenciou, podendo fazer referência a situações vivenciadas de forma idêntica. (Flick, 2005).

Das questões colocadas salientamos:

- Questões descritivas, onde se permitia descrever de forma ampla aspectos relacionados quer com a profissão – valores, identidade e missão - quer com o percurso da experiência de vida – interacção familiar, formação e percurso profissional.
- Questões estruturais, onde as respostas a este tipo de questões mostram como os informantes organizam os seus conhecimentos sobre o assunto – permitindo clarificar as razões do que fazem e porque fazem.
- Questões de contraste que permitem fornecer informação sobre as dimensões de significado utilizadas pelos informantes, para distinguir objectos e acontecimentos do seu mundo. (Spradley, 1980; Flick, 2005:93,94).

Seguimos também o contributo de Vermesch (1994, 1999) em relação ao modo como conduzir a entrevista. Este refere a importância de colocar questões com o objectivo de produzir uma verbalização introspectiva detalhada da acção. Este tipo de estratégia ajuda a pessoa a entrar em contacto consigo mesma, a ter acesso a conhecimentos implícitos, a promover a sua verbalização e

à tomada de consciência. As questões foram do tipo aberto, acompanhando e orientando a evocação e provocando reflexão. Este facto permitiu ao enfermeiro explicar-se e envolver-se, ou seja, apresentar uma conduta em duplo sentido: explicação mas também racionalização, justificação e tomada de consciência “conceito tomado da tradição piagetiana, designa o trabalho cognitivo que o sujeito deve perfazer para possibilitar o acto reflexivo do que foi vivido, que ainda está pré-reflectido e não pode, pois, ser colocado directamente em palavras” (Jordelina et al, s.d:7) Conhecer o ponto de vista dos actores sociais sobre as suas práticas, as suas representações e o significado atribuído aos diferentes níveis vivenciados apresentou-se fundamental à compreensão das várias dimensões às quais o investigador dificilmente tem acesso.

O guião da entrevista semi-estruturada, dirigido a seis enfermeiros seleccionados intencionalmente, pelo interesse na investigação, pela interacção no processo de cuidar e no serviço, teve por objectivos:

- Identificar o percurso biográfico relacionado com a experiência de cuidar do utente / família; processos de socialização e processos de formação profissional;
- Identificar o significado atribuído aos contextos vivenciados (relação com situações críticas, doentes de diferentes idades; relação com colegas do serviço; momentos privilegiados relevantes);
- Identificar o percurso de aprendizagem efectuado, relacionado com a implicação pessoal e organizacional, na construção de si e dos outros.

Tivemos especial atenção na sua execução, os aspectos contextuais relacionados com o ambiente, o espaço físico e o tempo disponível dos enfermeiros. Tentámos conciliar os espaços livres e de alguma disponibilidade, evitando efectuar no seguimento de um dia de trabalho, pois este tipo de serviço é, no geral, imprevisível e bastante cansativo. Sendo o serviço amplo e com algumas salas disponíveis, a opção esteve ao critério dos entrevistados, privilegiando as suas preferências, o seu bem-estar, bem como a individualidade e privacidade inerente a uma interacção desta natureza. Decorreram após algum tempo da nossa permanência no serviço e da participação em eventos organizados pelo mesmo, o que permitiu um conhecimento mútuo e uma maior interacção. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A duração variou entre os 40 a 90 minutos, porém, situações houve em que a conversa se prolongou de forma agradável, apeteendo por vezes voltar ao gravador. No entanto, também sentimos que os mesmos preferiam falar sem estar sujeitos ao gravador. Nesta situação, recorremos a registos efectuados logo após a entrevista.

Após as entrevistas procedemos à sua transcrição utilizando o Programa Microsoft Office Word 2007 e o programa Nud Ist*6.

Respeitámos as falas de cada participante e mantivemos os dois suportes de registo (áudio e escrito), na eventualidade de alguma dúvida.

3.2. - OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Dado o tipo de estudo, a observação participante foi a técnica que combinava vários elementos como a análise documental, a entrevista de sujeitos e informantes, a participação, a observação directa e a introspecção.

Tivemos como princípio privilegiar o conhecimento do campo e a interacção com os actores.

Esta fase permitiu integrar o grupo, ser aceite pelos diferentes elementos da equipa, conhecer os espaços e circuitos e interagir no global.

Foi um tempo onde fomos progressivamente efectuando as nossas notas e, ao mesmo tempo, respondendo a dúvidas e a questões colocadas. Para tal, considerámos as sete características que definem a observação participante:

- Um interesse concreto no significado e na interacção humana, encarados na óptica das pessoas que fazem parte de situações e dos contextos concretos;
- O posicionamento no aqui e agora das situações do dia a dia, fundamento da pesquisa e do método;
- Uma forma de teoria e de teorizar, que valoriza a interpretação e a compreensão da natureza humana;
- Uma lógica e um processo de pesquisa em aberto, flexíveis, oportunistas, que exigem continua redefinição do que é problemático, assente nos factos observados e nos contextos concretos da existência humana;
- Uma concepção e abordagem do estudo de caso qualitativa e em profundidade;
- O desempenho de um ou mais papéis de participante, os quais implicam a criação e manutenção de relações com os nativos do terreno;
- O uso da observação directa, a par de outros métodos de colheita de dados” (Jongensen, 1989 citado em Flick, 2005:142).

A comunicação e a interacção com os sujeitos foram centrais na abordagem deste método.

“A presença no grupo a observar é bastante eficaz no sentido em que faz ressaltar as contradições que possam existir entre as interpretações inferidas pelo investigador e as de uma população alvo. Esta sensibilidade ao meio vai permitir, assim, determinados tipos de validade próprios da investigação no terreno” (Kirt e Miller, 1968 citado em Lessard-Hèrbet, 1990:75).

O facto de conhecermos o contexto e dominarmos conhecimentos do cuidar em enfermagem possibilitou-nos interagir com os diferentes elementos da equipa de forma progressiva e, pontualmente, sermos solicitados a colaborar nos cuidados. Frequentemente éramos chamados

“ajuda-me aqui? pode-me chegar isto?” Ou em situações onde era possível interagir profissionalmente estávamos atentos e participávamos, sentindo-nos progressivamente menos estranhos no serviço e integrando a equipa. Um dia, uma das enfermeiras diz-me: “nem se sente a sua presença... desliza pela enfermaria” e a pouco e pouco as nossas ausências eram já sentidas e manifestadas como sendo demasiado longas “há muito tempo que não aparece”. Este conjunto de manifestações fizeram-nos sentir integrados no processo de interacção que a metodologia nos propunha prosseguir.

Sendo uma técnica de informação aberta e sem condicionamentos de tipo normativo (Spradley, 1980), a observação participante assumiu um papel dinâmico e sistemático na investigação, como se verifica no Diagrama 10.

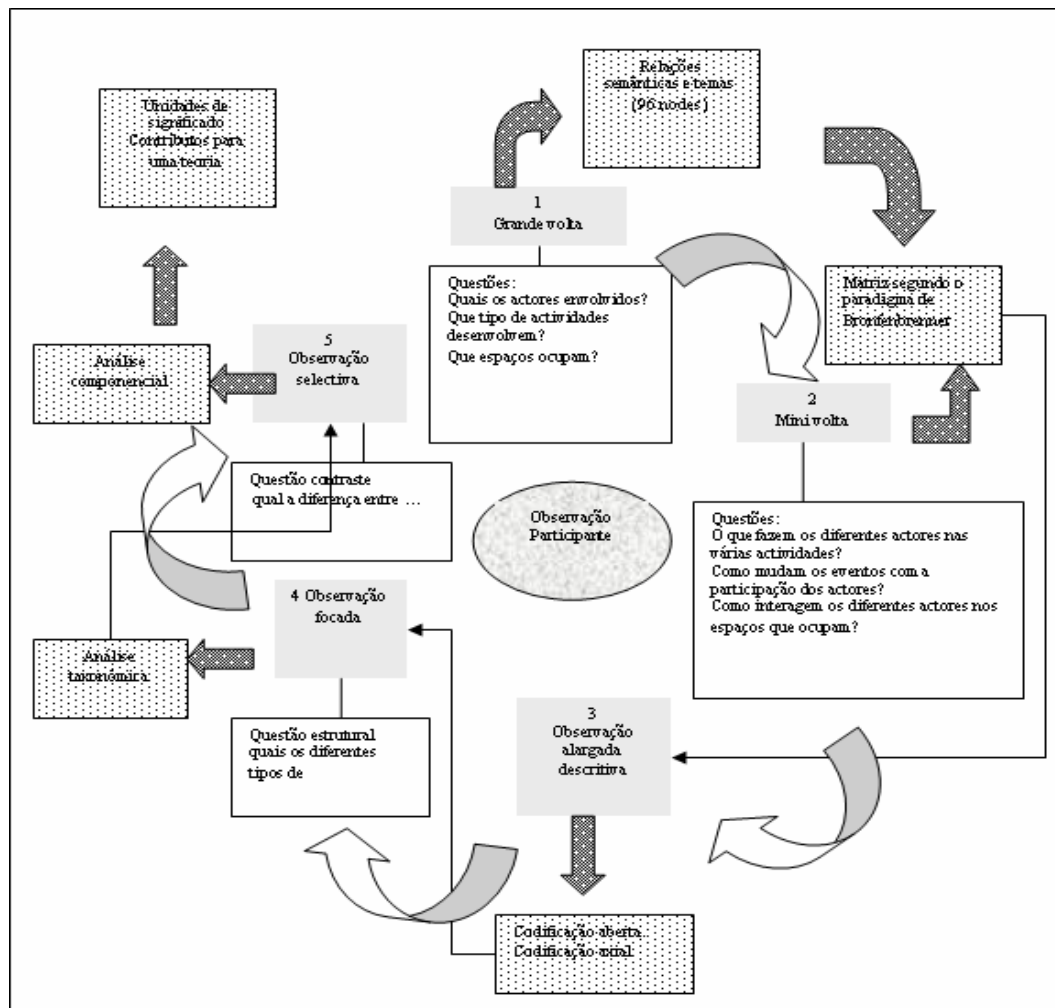


Diagrama 10 - Observação participante segundo Spradley (1980)

Assim, iniciámos as etapas por uma abordagem “grande volta” onde descrevemos de forma exaustiva as componentes objectivas da situação para em seguida extrair tipologias (Spradley, 1980). Tivemos em consideração as observações baseadas em diferentes suportes, o que nos possibilitou constituir o relatório extensivo e, ao mesmo tempo, detalhado.

O plano da situação espacial dos actores foi construído e possibilitou analisar:

- O espaço físico, decorrente das trajectórias efectuadas ao longo do dia;
- Os objectos, como coisas físicas presentes no espaço de observação;
- Os actos, como acções simples realizadas pelos actores;
- As actividades, enquanto conjunto de diferentes actos realizados pelos diferentes actores;
- Os acontecimentos, como sequências de actividades que envolvem e são realizadas pelos actores;
- O tempo, como sequência temporal onde ocorrem os eventos;
- Os actores, como sendo as pessoas envolvidas;
- As finalidades, como tudo o que os actores pretendem levar a cabo;
- Os sentimentos, como as emoções sentidas e expressas pelos mesmos; (Spradley 1980).

Ao considerar esta etapa do processo, houve questões que nos permitiram observações descritivas e que colocamos como forma de organização:

- Quais os actores envolvidos?
- Que tipo de actividades desenvolvem?
- Que espaços ocupam?

Posteriormente efectuámos uma abordagem “mini-volta”, onde colocámos sistematicamente questões que permitem buscar informação específica do que já se descobriu. Efectuámos a ligação entre as duas dimensões. Assim, se na grande volta identificámos que existem vários actores no serviço, na mini-volta a questão a colocar permitiu ser:

- O que fazem os diferentes actores nas várias actividades que envolvem competências?
- Como mudam os eventos com a participação dos actores?
- Como interagem os diferentes actores nos espaços que ocupam e como desenvolvem competências? (Spradley, 1980).

As *mini-voltas* das múltiplas situações permitiram o confronto entre cada situação e a análise comparativa e sistemática dos dados. Estas questões deram origem a observações descritivas

baseadas na relação entre as questões da grande volta e *mini-volta* que dificilmente nos levavam a um término.

Na sequência das observações descritivas foi necessário efectuar o exame sistemático para determinar as suas partes, a relação entre as partes e a sua relação com o todo (Ib. Opc).

Após estas fases passámos à sua análise. Assim, identificámos palavras, termos que constituímos por “*free nodes*” (Richards, 2002), uma vez que trabalhamos com o programa informático Nud*Ist 6.

A inventariação dos termos (96), após a relação semântica efectuada, como se pode verificar pelo Quadro 5, permitiu efectuar uma relação entre os termos (actividades de enfermagem / situação de cuidados) e os domínios.

Quadro 5 - Exemplo de uma relação semântica

Termos	Relações semânticas	Domínios
Banho na cama Banho na cadeira Banho na maca banheira	É um tipo de	Higiene

Iniciámos a ordenação dos dados a partir da observação *grande volta* e *mini-volta* com a codificação aberta, entendendo-se esta como um processo analítico a partir do qual os conceitos são identificados e as suas propriedades e dimensões descobertas. Os dados são partidos, examinados e comparados entre si, originando semelhanças e diferenças (Strauss & Corbin, 1998, Flick, 2005). Este processo foi ocorrendo ao longo das várias etapas da recolha de dados.

Nesta fase, identificámos os domínios onde se centrou a observação alargada (Quadro 6).

Quadro 6 - Domínios identificados da observação grande volta e mini volta – focos para a observação alargada

Domínios	Situações de cuidados / termos
Colheita de dados / planeamento de intervenção	Admissão do utente / família Durante o internamento Relação com o utente, família ou substituto Visita médica; relação com outros técnicos dentro e fora da instituição
Higiene	Banho na cama, na cadeira de banho ou maca banheira, Hidratação da pele, alterações.
Mobilização	Posicionamentos na cama; cadeira de rodas; cadeirão, Transfere para a cadeira
Alimentação	Alimentação oral, por sonda, parentérica, supervisão da alimentação.
Ensino	Utente e cuidadores informais: posicionamentos, higiene e segurança, alimentação, diabetes, eliminação.
Supervisão de cuidados	Auto cuidados do doente, cuidados prestados pela AAM, cuidados prestados por familiares. Interação com outros técnicos – fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, técnicas do laboratório.
Continuidade de cuidados	Planeamento do regresso a casa, Carta de alta, Análise de situações-problemas; Orientação para outros técnicos – fisioterapeuta, médico, exames complementares de diagnóstico. Encaminhamento para a rede social de apoio e centro de saúde.
Passagem de turno	Plano de cuidados; intervenções autónomas; intervenções interdependentes; problemas do doente; família; encaminhamento para técnicos de saúde; rede social de apoio.
Registos	Diagnósticos de enfermagem, focos, resultados esperados, intervenções autónomas; intervenções interdependentes; Exames complementares; Comportamento do doente / família / cuidador observado.

Desta forma, ao partirmos para a observação alargada, tivemos presentes questões que nos ajudaram no percurso, como refere Goetz e Le Compte (1984):

- O que fazemos enquanto investigadores na observação participante? Observamos o que os actores fazem, escutamos o que dizem, interagimos com os participantes de modo a promover a socialização no grupo?
- Quantas pessoas fazem parte do grupo? Quais as características e identidade do grupo? Qual a sua liderança?
- Que acontecimentos existem? O que fazem e o que dizem?
- Como se interrelacionam as pessoas umas em relação às outras? Qual a natureza da participação e da interacção? Como se relacionam? Qual o estatuto e papéis de cada um? São evidentes na interacção? Quem decide o quê? Como se organizam entre si para interagir?
- Qual o conteúdo das conversas? Que linguagem usam na comunicação? Linguagem verbal? Linguagem não verbal? Que formatos de conversação seguem? Que processos reflectem? O que falam e o que escutam?
- Como se origina a mudança e como é mantida? Que papéis, normas, têm os elementos? Como se relaciona o grupo com os outros grupos, organizações ou instituições?

A resposta a estas questões promoveu uma atitude de escuta, de olhar e de observação pormenorizada.

Passámos em seguida à fase de registo das observações efectuadas.

O registo das observações

Nas observações considerámos diversos suportes de registo. Descrevemos, o mais fielmente possível, a situação observada em todas as suas dimensões, por vezes acompanhado de um plano da situação espacial dos actores ou de qualquer outro documento esclarecedor.

Considerámos nos registos:

Notas descritivas datadas, com referência ao lugar, com enumeração dos actores e actividades, com hora e duração da observação. Era um registo exaustivo do que se observou.

Notas cursivas tomadas no campo ao vivo ou às ocultas eram breves e implicavam palavras-chave para posteriormente se efectuar as notas mais elaboradas.

- *Relatórios sintéticos*, constava de algumas notas precedentes para posteriormente serem completadas até à exaustividade dos pontos de referência; foram efectuadas, por norma, em casa.
- *Memos*, considerada uma vertente analítica das notas cursivas, constituíam intuições ou reflexões analíticas transcritas sobre o vivo.

- *Notas teóricas*, registos construídos ao longo da investigação. Permitiram definir pistas novas de observação e de análise emitindo hipóteses e interpretações a respeito da situação em estudo. Foram efectuadas comparações possíveis entre as observações e as análises efectuadas sobre outras situações sociais semelhantes ou contrastantes. Estas permitiram identificar novas dimensões a analisar e a verificação sistemática das observações efectuadas.
- *Diário de bordo*, constituído de reflexões pessoais sobre o desenrolar quotidiano da investigação. Contém aspectos relacionados com a integração, experiências, impressões, medos, erros, confusões, relações, reacções positivas ou negativas, relativas aos participantes. Permitiu tomar consciência das fraquezas, dos pontos fortes e dos enviesamentos.

De acordo com Spradley (1980) as notas de trabalho de campo constituem um relato textual condensado das formulações verbais dos indivíduos (“palavra a palavra”, “verbatim”); redigido logo que possível após cada sessão de observação no local.

Os mapas conceptuais que fomos elaborando, permitiram o distanciamento dos dados, a identificação de conceitos e de relações que se constituíram como dispositivos visuais, sistematicamente efectuados, suportados em autores e que orientaram a fase de (re)construção da recolha e análise dos dados, que como refere Strauss & Corbin (1990), existem técnicas que facilitam a integração dos conceitos e a emergência de categorias.

Consciente do tempo que ainda teríamos de dispor para organização, fomos estruturando os dados recolhidos, a sua análise e a conceptualização, de modo a comparar com as teorias já existentes e a estimular o pensamento acerca das propriedades e dimensões para dirigir a análise teórica. Por outro lado, a necessidade de interpretar os procedimentos que mediaram os diferentes tipos de observações e a sua referência quer às questões de investigação, quer aos objectivos por nós definidos, marcaram o nosso percurso.

CAPÍTULO III

A COMPLEXIDADE DO CONTEXTO: O DESENLACE DOS DADOS

1. ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise de dados constituiu-se enquanto momento de busca e de organização sistemática das entrevistas, das observações e notas de campo e de dados documentais (Bogdan e Bicklen, 1994). Implicou introspecção, reflexão, novas buscas e reorganizações de modo a fazer emergir dados e a clarificar o relatório. Foi uma fase em que os investigadores caminharam com algumas referências como um quadro conceptual em construção, um conjunto de questões de âmbito geral e inquietações face ao desvelar do fenómeno.

A observação grande volta e mini-volta foi efectuada com recurso sistemático a análise e a um novo encontro com a realidade, constituindo a fase de elaboração de categorias - categorização *à priori*. Este processo deu origem a uma grelha de indicadores que foi sendo construída de forma empírica e indutiva com a recolha de dados, a organização e tratamento dos mesmos e a estruturação da informação o que, pela simultaneidade dos mesmos, permitiu tirar conclusões e tomar decisões. Constituiu-se assim uma grelha que permitiu a categorização *à posteriori*.

Na observação alargada, identificámos um conjunto de observações que posteriormente foram associados em categorias designada por Strauss & Corbin (1990) de “amostragem teórica”, resultando num conjunto articulado de observações, entrevistas etnográficas, memos e relatórios. Procedemos à codificação aberta. Os conceitos foram identificados e as propriedades e dimensões, descobertas. Procurámos identificar quer similaridades, quer diferenças. Todo o tipo de eventos e interações que eram conceptualmente semelhantes em natureza ou relacionados no significado foram agrupados sob conceitos.

Este processo de análise “linha-a-linha” para reformulação das unidades de análise ou dimensões constou da codificação axial. Efectuámos um processo que, numa primeira fase, partiu de “fractura” dos dados, para posteriormente se efectuar um novo agrupamento; neste momento, estabelecendo novas conexões e atribuindo-lhe novo significado (Pandit, citado em Lopes 2003). Na codificação axial considerámos algumas tarefas básicas tais como:

Pôr em evidência as propriedades de uma categoria e as suas dimensões, uma tarefa que começa durante a codificação aberta;

Identificar a variedade de condições, acções/interacções e consequências associadas ao fenómeno;

Relacionar uma categoria com a sua subcategoria através de afirmações que demonstrem como é que estão relacionadas umas com as outras;

Olhar para as deixas nos dados que denotam como é que as categorias maior podem relacionar-se umas com as outras (Ib. Opc.:69).

Durante o processo de codificação axial (Diagrama 11) tivemos por base o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e questões que ajudaram a contextualizar o fenómeno tais como: porquê, quando, como, o que promove a relação entre a estrutura e o processo?

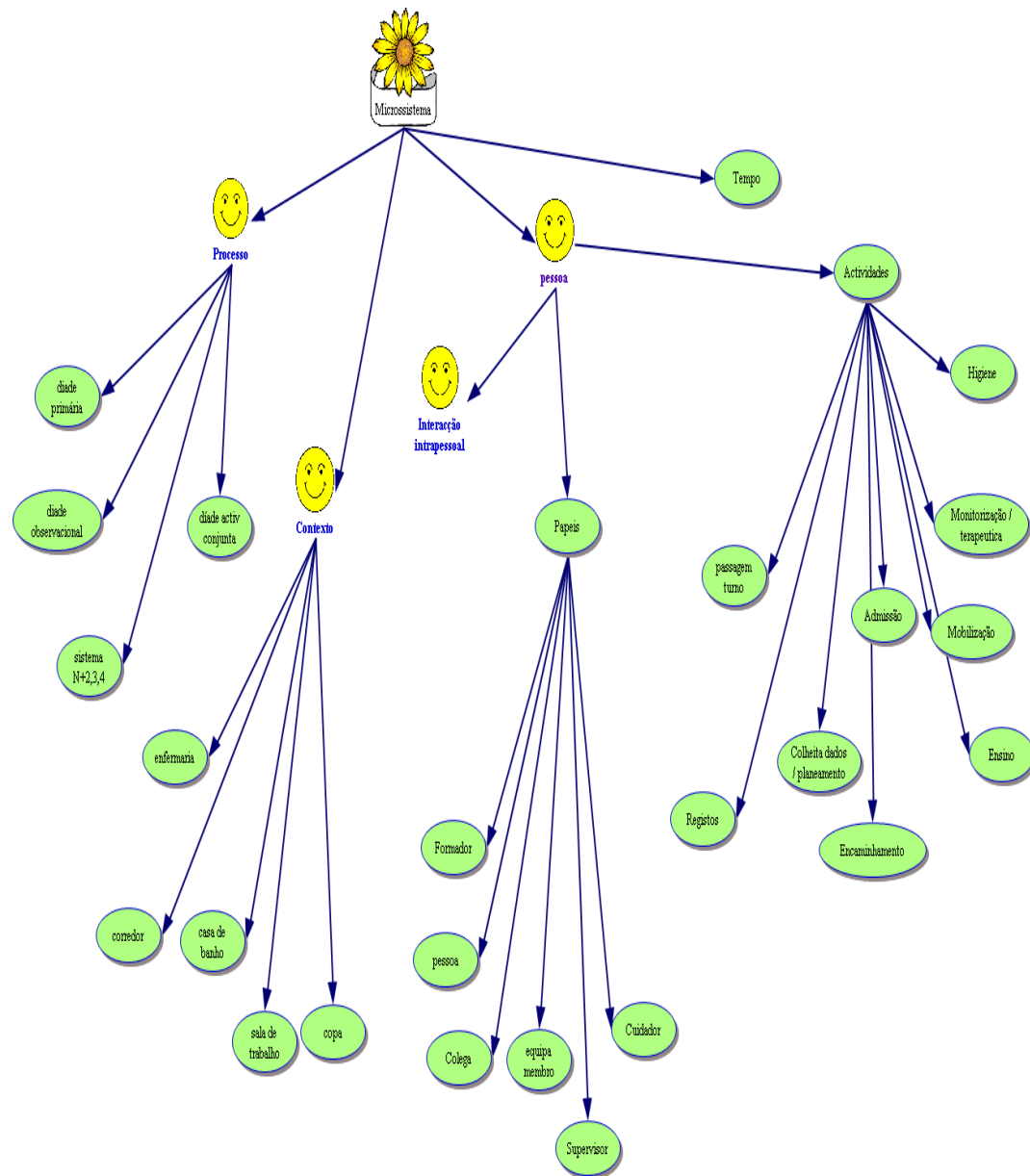


Diagrama 11– Codificação axial do microsistema

Segundo Pandit (Ib. Opc: 69)

A estrutura ou condição fixam o contexto, isto é, criam as circunstâncias nas quais os problemas, assuntos, acontecimentos ou eventos pertencentes a um fenómeno estão situados ou surgiram. O processo por outro lado denota a acção/interacção ao longo do tempo de pessoas, organizações e comunidades em resposta a certos problemas ou assuntos. Combinar a estrutura com o processo ajuda o analista a obter alguma da complexidade que é parte da vida.

Combinar os conceitos identificados e as ligações entre as dimensões, possibilitou a elaboração de um esquema onde se ordenaram as conexões emergentes, ou seja, um paradigma, uma forma de ver os dados e de os analisar. Utilizámos o paradigma da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (1979), tendo como *condições* a estrutura concêntrica dos vários sistemas. Este conjunto de dimensões articuladas com o perfil de competência do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003) constituiu a estrutura do processo de análise (anexo IV).

Posteriormente, a análise global dos dados permitiu-nos olhar a nossa matriz de análise de forma mais global e complexa. Centrámos nas competências dos enfermeiros (OE, 2003), aspecto central da nossa investigação em articulação com o meio que, como Pires (2005:306) refere, “as competências desenvolvem-se na articulação / intersecção entre diferentes domínios, numa perspectiva integrativa e de recomposição”, ou seja as competências dos enfermeiros desenvolvem-se no sistema micro, em articulação com o sistema meso, exo e macro. Desta forma, fizemos evoluir o nosso olhar na investigação, para o Diagrama 12, matriz de categorização da observação participante e modelo de análise da investigação.

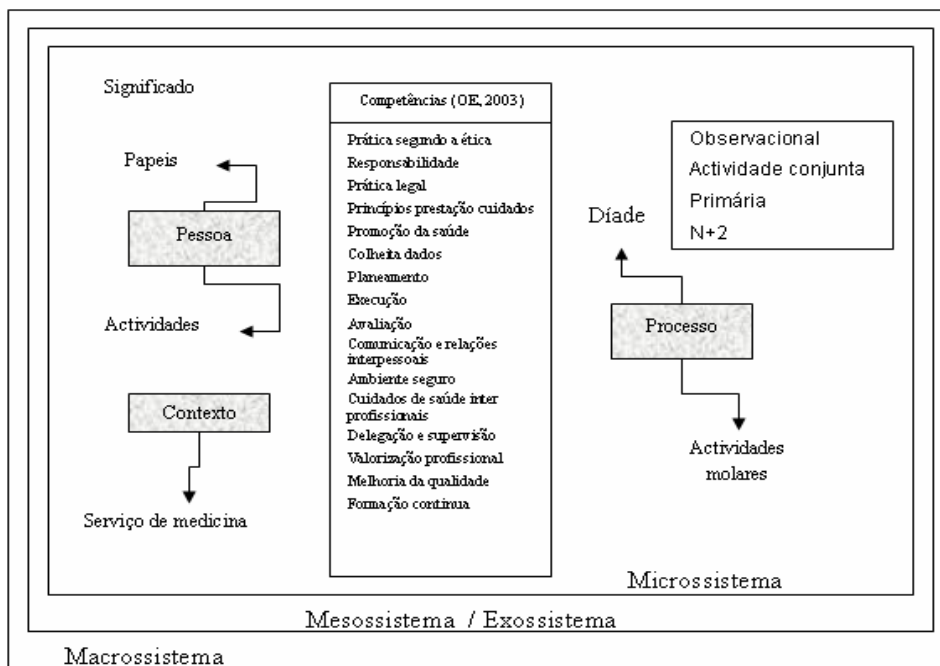


Diagrama 12 – Modelo de análise da investigação e matriz da categorização da observação participante

Como já referimos, a recolha de dados e a análise efectuou-se num processo recursivo, norteados pela experiência que íamos vivendo e pelos pressupostos subjacentes a uma investigação desta natureza. Por se tratar de uma investigação naturalista, qualitativa e de matriz construtivista, levava-nos a estar atentos às experiências vividas e significativas e às inter-relações existentes no meio, característica da etnometodologia.

A utilização da técnica de observação naturalística (Vasconcelos, 2002) permitiu observar como interagem os enfermeiros nos diferentes contextos / situações de cuidado. Como refere o autor, é um procedimento que visa “contextualizar o fenómeno, ampliando o foco, o observador pode perceber em que circunstâncias o fenómeno acontece, verá relações intrassistémicas e intersistémicas (...) numa teia de fenómenos recursiva interligados (...) e terá diante de si a complexidade do fenómeno” (Ib. Opc.:51).

Durante a observação alargada, as questões de natureza estrutural, (2º tipo de questão etnográfica), relacionavam o domínio e o termo encontrado. Por exemplo, no domínio ambiente seguro e, concretamente na mobilização, a questão colocada foi: *quais os tipos de mobilização existentes*). As respostas às questões orientadoras fizeram-nos evoluir neste processo, direccionando o nosso olhar.

Nesta observação pretendíamos descobrir o maior número de comportamentos possíveis dos actores e tornar explícitas as distinções que as pessoas faziam na sua vida diária.

Os diferentes recursos utilizados, a consciência de centrar a nossa visão numa abordagem sistémica e complexa, permitiu-nos efectuar a análise com leitura e releituras de modo a extrair unidades de análise – observações – ilustrativas de momentos observados e descritivos. A redução em análises significativas pelo uso da intuição, paixão, imaginação e liberdade visaram, nesta fase, a categorização *a posteriori*.

A releitura dos domínios encontrados foi, como refere Gil (1999), moroso, longo e fastidioso. Foi um período de reflexão e introspecção sobre os achados, orientado pelos objectivos da investigação, o modelo subjacente ao desenvolvimento de competências e o referencial teórico.

Constatávamos que a análise dos dados exigia uma nova releitura face a referenciais teóricos que tínhamos consultado.

Mais uma vez, a releitura foi mais um processo que se mostrou essencial nas diferentes etapas, mas moroso e prolongado. Exigiu a busca da compreensão dos dados e a emergência de novos dados no confronto com o referencial teórico. Foi uma fase algo complexa e inquietante mas que, no confronto com novos referenciais, permitia o emergir de dados clarificadores. Foi um processo

onde emergiu a leitura da realidade, a partir de uma abordagem indutiva e que, em momentos de confronto com o referencial teórico, conduziu para dados dedutivos.

Neste processo fomos efectuando (re)leituras sucessivas dos dados permitindo o arranjo dos diversos domínios aglutinadores e ao mesmo tempo clarificadores que fomos objectivando e organizando numa estrutura de matriz categorizadora.

As sucessivas leituras foram-se constituindo, em espiral, como partes de um todo que em movimentos de vaivém com a realidade passavam pela leitura das partes em função do todo. Este foi um processo decorrido ao longo das sucessivas etapas da observação e análise dos dados.

Sistematizando a nossa análise dos dados e considerando a globalidade dos mesmos, passámos, não só pelo processo definido por Spradley na observação participante, como recorremos à análise de conteúdo no global. Esta tem como finalidade a descrição objectiva e sistemática de conteúdo, permite a inferência de conhecimentos (Bardin, 1977, Triviños, 1987) e a busca de sentido na descrição da experiência humana (Fortin, 1999). A análise de dados inclui como etapas: 1) pré-análise 2) descrição analítica; 3) interpretação referencial (Bardin, 1977) ou a) a redução dos dados; b) organização, apresentação e interpretação e c) verificação das conclusões (Miles e Huberman, 2002). Optámos por seguir o modelo interactivo de Miles e Huberman pois, como é referido, existe uma primeira fase de “selecção, de centração, de simplificação, de abstracção e de transformação” (Ib. Opc.:23), etapa fundamental na nossa investigação pelo conjunto de dados recolhidos.

Durante a fase de organização e tratamento de dados, introduzimos um conjunto de informações e de recursos que nos possibilitou efectuar a análise final e a verificação das conclusões. Estas permitiram “extrair significados a partir de uma apresentação síntese dos dados – pondo em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações, possíveis tendências causais e proposições (Ib. Opc.:23).

Durante a observação pudemos considerar:

Fase I

A análise de domínio permitiu identificar situações de cuidados relacionadas com o desenvolvimento de competências.

Desta salientámos as interacções com o doente e a família, com os membros da equipa e situações problema. Eram por isso mais do domínio das díades do que das actividades ou dos papéis. Não quisemos com isto dizer que, quer os papéis quer as actividades desenvolvidas no âmbito do cuidar, não tivessem a sua expressão, mas, como constatámos, quer pelo paradigma de Bronfenbrenner, quer pela interacção no processo de cuidar, os papéis e actividades estão intrinsecamente implícitos

nas díades, inerentes ao processo de cuidar. Este facto levou-nos a centrar as observações focadas nas díades ou seja, em interacções observadas com a equipa, com o doente / família / cuidador, com outros técnicos e com estudantes (Quadro 7).

Quadro 7 - Relação entre o domínio (díades) e todos os termos encontrados

Interacções	Díades	Díade observacional	<u>Enfermeiro – estudante</u> (Supervisão em estágio) <u>Enfermeiro / doente/ família</u> (higiene, mobilização, preparação do regresso a casa)
		Díades Actividade conjunta	<u>Enfermeiro / enfermeiro</u> (Situações de cuidados, posicionamentos dos doentes, situações de maior complexidade, análise de situações / problema, normas do serviço, SCD/E, passagem de turno, tomada decisão) <u>Enfermeiro / médico</u> (Situações de maior complexidade, tomada decisão – alta, terapêutica) <u>Enfermeiro / doente</u> – (Situações de cuidados, Posicionamentos dos doentes <u>Enfermeiro / AAM</u> (Situações de cuidados, Posicionamentos dos doentes
		Díade N+2...	<u>Enfermeiro / enfermeiros</u> - Registos – prestação de cuidados, preparação do regresso a casa <u>Enfermeiro / outros membros da equipa</u> (Intervenções técnicas; relação alta – articulação com família / rede social de apoio. <u>Enfermeiros / enfermeira chefe</u> - gestão de cuidado e do serviço
		Díade primária	Enfermeiro / chefe Enfermeiro / médico Enfermeiro / enfermeiro Enfermeiro / família;

Assim, passaremos à organização da análise dos dados e à sua discussão que efectuaremos em dois momentos: um primeiro, onde clarificámos os dados e efectuámos a sua análise parcelar, e um segundo onde efectuámos uma análise que nos permite a (re)construção dos dados no sentido da unidade do todo, na lógica do modelo por nós definido.

Fase II

Numa fase posterior, a análise efectuada permitiu-nos conceptualizar o modo como as díades integravam o conhecimento sabendo que as transições ecológicas, no desenvolvimento de competências, se centram no desenvolvimento experiencial e no processo reflexivo pois, como refere Alarcão (2000), estas duas dimensões são eixos do desenvolvimento pessoal. Tivemos por base o modelo de desenvolvimento de competências de Wittorski (1998) que, ao articular as ciências cognitivas e as ciências da acção nos permitiu olhar para os dados considerando, entre outros, a formação em situação de trabalho e a análise das práticas, processos mobilizados na prática dos cuidados em enfermagem.

Este modelo faz apelo à aquisição de competências através da acção com:

- Aquisição de competências incorporadas, conduzindo a rotinas ajustamentos e adaptações sucessivos, sem reflexão – surgindo na lógica da acção;
- Reflexão na acção - produtoras de competências individuais, colectivas ou partilhadas – originando competências de resultado,
- Reflexão sobre e para a acção – desenvolvendo competências de processo.

Utilizando este referencial efectuámos uma nova análise, como em todo o processo, com recurso ao programa informático Nud*Ist 6 . Este permitiu efectuar a intersecção das categorias que, com a ajuda de colegas com quem partilhámos e comparámos a análise efectuada, emergiram novos dados. De acordo com Patton (1990) o contributo de outros investigadores no processo de análise dos dados, traz novas perspectivas para a investigação.

A análise das diferentes díades permitiu identificar, nas situações de cuidados, o modo como ocorre o processo, os comportamentos existentes e as competências mobilizadas. Daqui concluímos que, quanto maior o número de interações existentes no contexto, por um lado, o número de situações complexas e de sistemas em análise, por outro, mais se apela à reflexão e, por consequência, à transformação e desenvolvimento da competência ao longo do tempo (Diagrama 13)

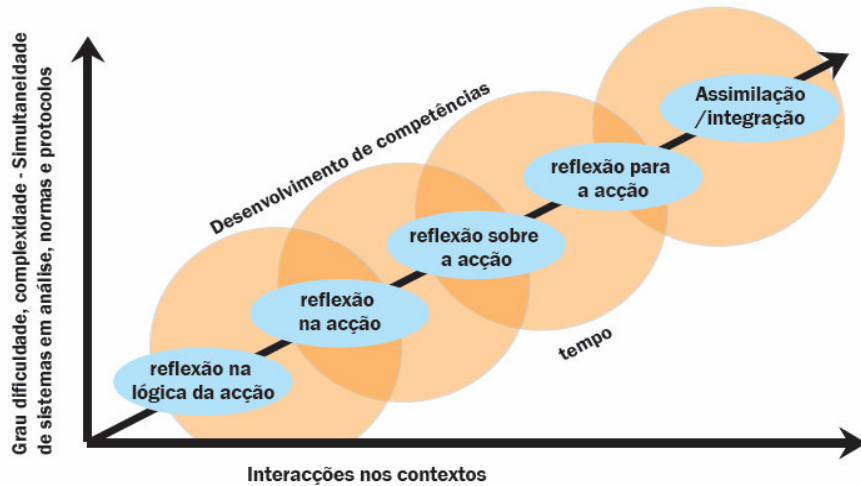


Diagrama 13 – Relação entre as interações nas situações de cuidados, a complexidade, os sistemas em análise e o desenvolvimento de competências.

Fase III

A partir deste momento, foi possível passar à fase subsequente (Observação selectiva), onde era possível identificar questões de contraste (semelhanças e diferenças) ou seja, atributos ou componentes de significado. De acordo com Luhmann Maturana e Varela, (Magalhães, 2005:50), é nas interações com outros indivíduos e integrados em sistemas sociais determinados, que se desenvolvem os próprios sistemas de significado, que se promovem indivíduos autónomos, operacionalmente fechados e auto-referenciais o que quer dizer que os grupos constituem o seu próprio conhecimento.

Sendo assim, passámos à análise taxonómica em que, segundo Spradley, uma taxonomia revela sub-conjuntos e a forma como estão relacionados com o todo. Tendo por base não só as interações, o contexto onde ocorreram mas também a sua ligação ao conhecimento. Este é criado entre indivíduos, tem de ser partilhado, recriado e amplificado através de interações com outros num “contexto que abarca significado”.

Nonaka e Takeuchi (1995) dizem-nos que os processos interactivos de conversão do conhecimento, entre tácito e explícito estão no centro da criação do conhecimento. Assim, efectuámos a análise considerando os quatro tipos possíveis de conversão do conhecimento ao nível do:

- Tácito para tácito (socialização), iniciado com a construção de um campo de interacção – situações de trocas de ideias onde se troca conhecimento tácito;

- Tácito para explícito (exteriorização), provocada através do diálogo ou da reflexão colectiva, situações de *competitive intelligence*, situações onde se tenta extrair informação, convertendo o tácito em explícito;
- Explícito para tácito (internalização), construído a partir da acção ou do aprender fazendo;
- Explícito para explícito (combinação), situações de desenvolvimento de novo conhecimento.

Desta análise emergiu a relação entre as interacções, as situações de cuidados, o sub-domínio das competências e o modo como ocorre o conhecimento. Constatámos que apenas a combinação do conhecimento, ou seja, a passagem de explícito a explícito, não se verifica na execução de cuidados, e a internalização, ou seja, a passagem do explícito a tácito ocorre, como se esperava, em todos os desempenhos do enfermeiro.

A análise sistemática dos dados, pelo processo de partir, examinar e comparar entre si, originando semelhanças e diferenças (Strauss & Corbin, 1998, Flick, 2005), ocorreu ao longo das várias etapas, como temos vindo a expor. Este processo justifica-se pela possibilidade da contaminação na análise e pela confrontação dos resultados das diversas fontes e a lógica e coerência internas imanentes dos próprios dados não se coadunarem com a “imposição” de qualquer estrutura de análise preexistente (Lopes, 2006). Assim, pela Diagrama 14, podemos verificar a evolução na pesquisa, focalizada, sem contudo perder a relação com o todo.

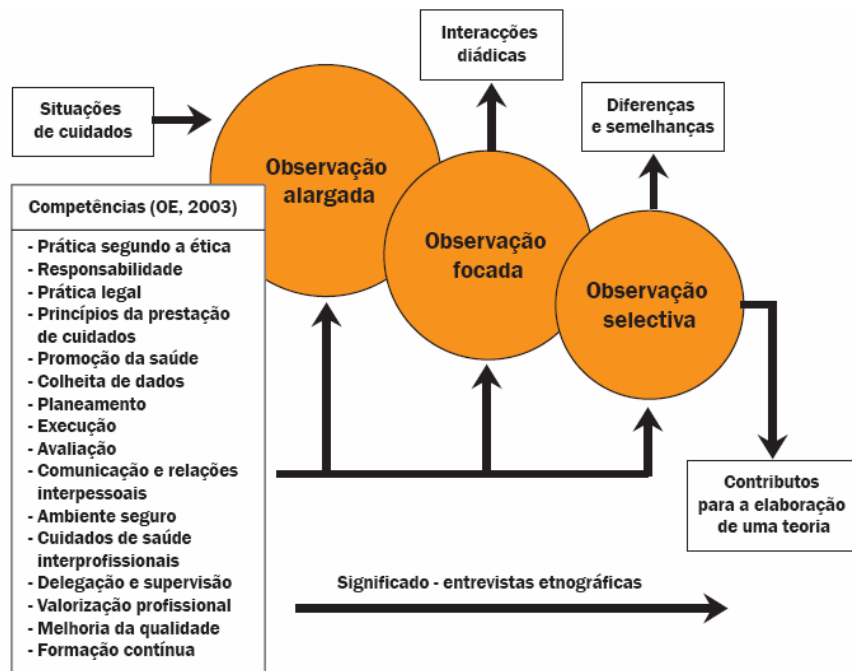


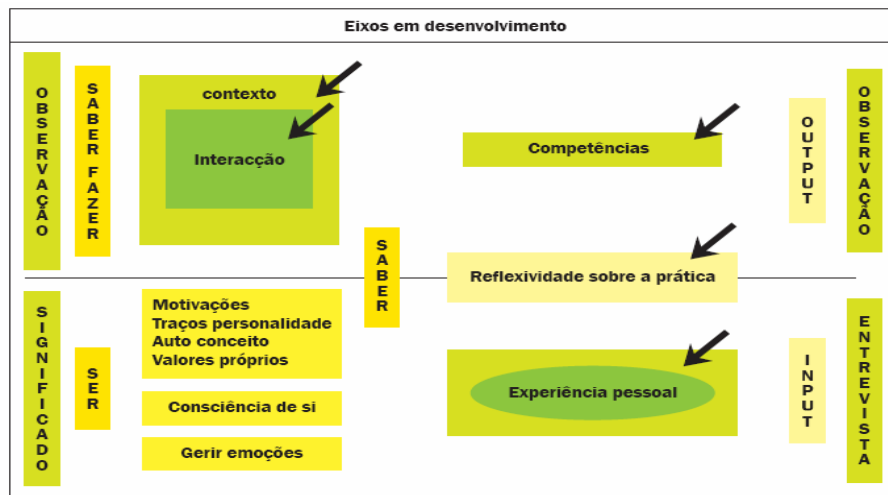
Diagrama 14 – Fases da análise dos dados na etnometodologia

Fase IV

Passamos posteriormente à análise componencial, ou seja, à procura de unidades de significados. Constatámos que a observação no contexto, numa primeira fase, nos permitiu identificar focos para a observação alargada a partir de uma integração na realidade e duma leitura empírica e indutiva dos dados. Emergiram desta forma, categorias que passaram a apoiar a observação focada, centrada numa matriz de análise e que permitiu centrar a observação em díades com características próprias seleccionando a observação. Foi uma observação em foco estreito constituindo-se como um contributo para a identificação de dados significativos e que se constituíram como contributo para a elaboração de uma teoria.

Como temos constatado ao longo da investigação, o desenvolvimento de competências é um processo complexo de múltiplas interacções e inter-relações que se foram estruturando e delineando como clarificadoras de dimensões.

Como refere Spencer & Spencer (1993), o desenvolvimento de competências envolve a pessoa e o contexto, acessíveis por estratégias diferentes. Neste sentido, consideramos ambos – pessoa e contexto - focos da nossa investigação onde, pela entrevista, acedemos às características da pessoa e sua experiência de vida e pela observação, ao contexto e interacções (Diagrama 15).



Baseado em Spencer & Spencer (1993)

Diagrama 15 – Eixos do desenvolvimento das competências

No contexto, manifestam-se as competências profissionais básicas e críticas, resultado de um processo reflexivo, sendo observáveis num processo de saber fazer e saber.

Fase V

Passámos posteriormente à fase das entrevistas. Com base no guião elaborado, e considerando os vários sistemas e domínios (biográfico, afectivo e cognitivo) identificámos categorias (Quadro 8) que, ao longo do relatório, iremos mobilizar.

Quadro 8 Categorias identificadas nas entrevistas

Natureza biográfica	Categorias identificadas
(Micro) Vivências significativas ao longo do desenvolvimento (família/escola) Relação com o cuidar em enfermagem	Motivação Imagem de si Auto aprendizagem Formação experiencial
(Meso) Relação inter profissional	Interacção cultural e social
(Macro) Percurso efectuado na instituição e significativo em termos pessoais	Necessidades individuais de formação
Natureza afectiva	Categorias identificadas
(Micro) Significado atribuído aos contextos vivenciados	Envolvimento / emoções Cuidar autêntico
Vivências que contribuem para o bem estar - Significado da interacção	Centralidade na pessoa Reflexão sobre vivências pessoais
(Meso) Significado do trabalho no serviço?	Método por enfermeiro de referência Interacção na equipa Partilha de vivências (emoções) Sobrecarga de trabalho
(Macro) O significado atribuído à organização dos cuidados de enfermagem no hospital?	Exigências profissionais Desencanto com a instituição
Natureza cognitiva	Categorias identificadas
Implicação pessoal na construção de si, dos outros e da profissão	Formação profissional específica
(Micro) Formação efectuada ao longo da vida?	Aprendizagem experiencial
(Meso) Formação no serviço e significado?	Elemento formador Gestor de cuidados Trabalho em equipa Reflexão sobre a prática Valorização pessoal e profissional
(Macro) Formação na instituição e Relação com os profissionais:	Elaboração de normas e procedimentos Supervisão na prática Trabalho inter serviços

As opções metodológicas efectuadas a partir da análise (Spradley, (1980), permitiram-nos caminhar no sentido da leitura das partes a partir do todo (Diagrama 16) e, posteriormente, voltar à análise do todo a partir das partes, construção esta apresentada nos próximos capítulos

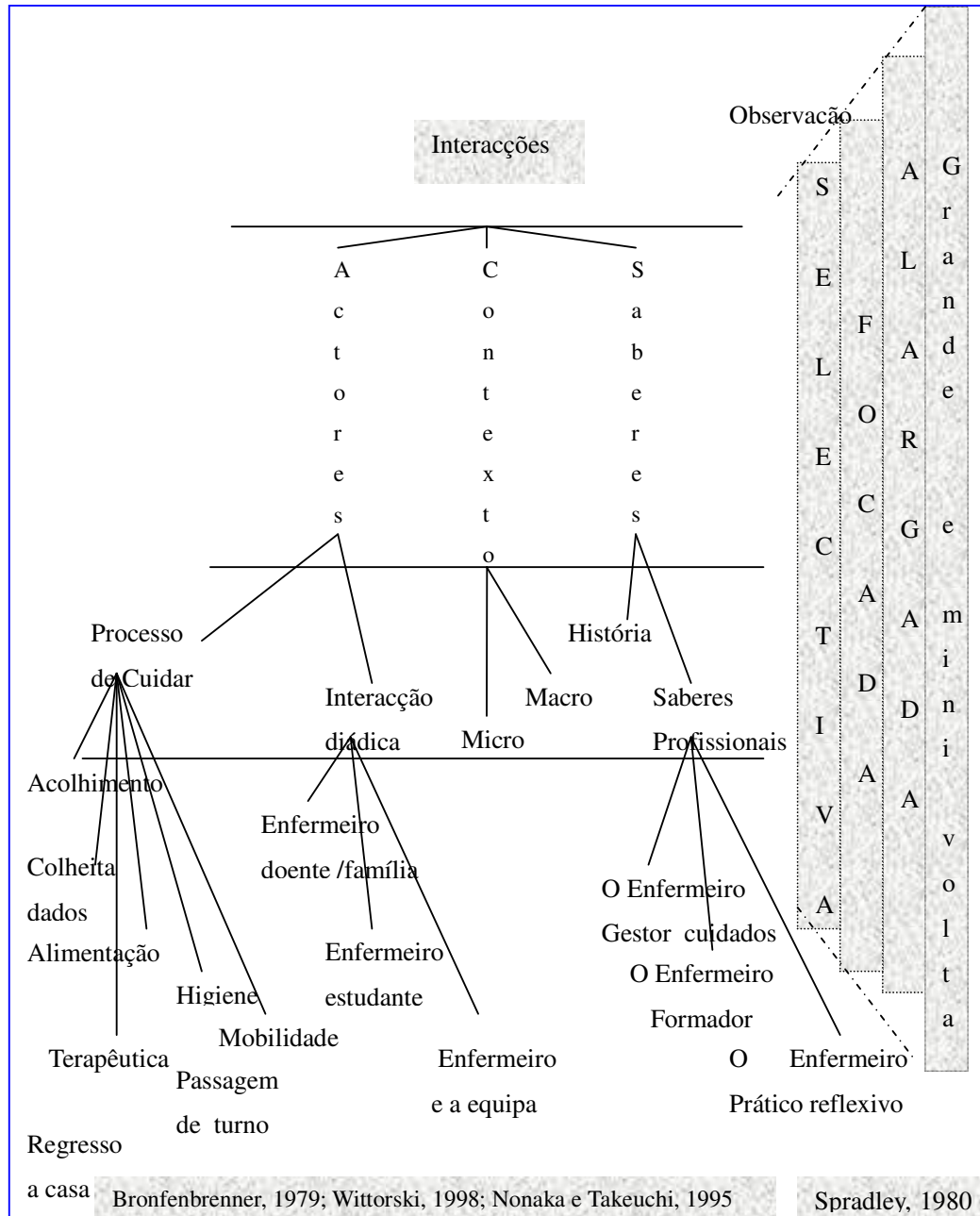


Diagrama 16 – Observação participante – fases e elementos da análise

Em síntese, este tipo de pesquisa implicou uma diversidade de fontes de dados referentes às interacções com os actores implicados, os contextos e em relação ao próprio sujeito no seu percurso pessoal e profissional, o que nos permite afirmar ter existido triangulação de dados, relativamente à sua fonte.

TERCEIRA PARTE

O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS: UM COLECTIVO EM INTERACÇÃO.

CAPÍTULO I

CUIDAR NO SERVIÇO DE MEDICINA

O PROCESSO DE CUIDAR

“Sinto-me confusa!

*Eternamente me questiono
sobre o cuidar em enfermagem.*

Não sei se sei o que é?

Não sei se o que se faz é como se faz ?

Não sei se quem diz que faz, se faz o que diz? ...”

Diário de bordo

Estruturalmente, tecnicamente, de forma livresca, são muitos os que dizem como se cuida em enfermagem.

Mas... a nossa questão permanece!

Fomos, então, procurar a resposta.

Confrontámo-nos com um processo que seguimos rigorosamente. Como o transmitir? Tecnicamente estruturados, prontos a dar a conhecer o que observámos e investigámos, quisemos atribuir-lhe a arte e a estética que lhe está inerente. Assim o conseguimos fazer!

Nesta fase de leitura do global a partir das partes, questionámos e procurámos... o que é o cuidar? Como nos comportamos face ao cuidar e seus desafios?

O que encontrámos quando procurámos?

O que na realidade vimos, vimos bem?

Como mostramos... como nos mostramos... como se cuida? Afinal somos o eu e o outro...

Estamos na etnometodologia! O significado para nós e para os outros, uma das suas dimensões, também está inerente no cuidar. Mas como o transmitir?

Relemos e reconstruímos ...e, neste contexto onde somos o eu e o outro que cuido e sou cuidado, projectamo-nos em cada etapa do percurso.

Estamos na dimensão de dar a conhecer a nossa leitura da realidade. Comprometemo-nos com um processo de rigor, de estar, de ser, mas também de significados.

Os participantes da investigação são pessoas, como tal, com singularidades e complexidades, imersos num mundo de outros seres com as mesmas características.

Olhar os participantes, considerando o contexto e as circunstâncias que os envolvem, foi nosso propósito mas, como pesquisadores, somos parte e contexto ao mesmo tempo que investigamos: é a intersubjectividade.

Falamos de um colectivo em contexto de trabalho, falamos de relações interpessoais, de relação sujeito – sujeito, duma relação de igualdade, de liberdade e fraternidade (Tavares, 1996), em suma, falamos de uma acção verdadeiramente humana. No campo da saúde, especificamente no cuidar em enfermagem, estas relações estão sempre presentes, pois o eu, sujeito humano, terá diante de si um outro sujeito humano que, sendo alvo de um problema, é alvo de entendimento e de intervenção. O cuidar envolve acções e diversos actores que põem em jogo formas de estar, de ser e de agir. No contexto do serviço de medicina, os actores constituem os mais diversos puzzles que, passo a passo e na sua relação, constituem a interacção dos actores no processo de cuidar.

Nesta dinâmica, propomos a melhor compreensão do fenómeno estudado, recorrendo, numa primeira fase, a duas formas distintas que permitem analisar os dados a partir do todo (Quadro 9).

- Uma primeira fase – processo de cuidar – que decorre de um “inconsciente prático” e é determinado pelo facto de sermos incapazes de estarmos permanentemente conscientes dos nossos actos e das nossas motivações –cuidar na lógica da acção ou, perante a singularidade e pessoalidade de cuidados, mobilizar a capacidade de decisão num processo de reflexão na, sobre e para a acção suportada em experiências anteriores.
- Numa segunda fase - interacção diádica de cuidados, analisamos as diferentes díades observadas no serviço de medicina.

Quadro 9 – Interacções e os saberes dos actores no contexto de cuidar

Interacções	Saberes no contexto de cuidar
O processo de cuidar	Reflexão na lógica da acção – o cuidar tácito
	Reflexão na acção - A singularidade dos cuidados em enfermagem
	A reflexão sobre e para a acção - a tomada de decisão
A interacção diádica de cuidados	A interacção dos cuidados – díade observacional a socialização do conhecimento
	A interacção dos cuidados – díade de actividade conjunta – a transformação do conhecimento

Assim daremos a conhecer a visão global do serviço caracterizada por sequências padronizadas de acções e que metaforicamente, como diria Sá-Chaves, constituem o global de uma tapeçaria. Analisaremos as partes e as interacções no cuidar como particularidade do desenho. Teremos por base o Quadro 3 – Adaptado de tipologia dos processos de desenvolvimento de competências de

Wittorski que nos permitiu identificar os contextos onde se desenvolvem as competências, as funções asseguradas, o tipo de comportamento, as competências e os saberes produzidos, que sistematizamos no Quadro 10- Processo de transformação de competências segundo dimensões da reflexão.

Quadro 10- Processo de transformação de competências segundo dimensões da reflexão

Processo de transformação de competências	Reflexão na lógica da acção	Reflexão na acção	Reflexão sobre a acção	Reflexão para a acção
Contextos de desenvolvimento da competência	Prestação de cuidados - Higiene, Terapêutica, Mobilização; alimentação; Passagem de turno.	Colheita de dados, Alimentação, Higiene e conforto, Mobilização, transferência, terapêutica; Posicionamentos; focos alterados	Ensinos Passagem turno Registos	Encaminhamento -Alta Ensino Mobilização Passagem turno, Registos
Funções asseguradas pelas competências	Colheita de dados; Manutenção do bem estar Transferir e posicionamentos, Classificação de doentes, Registos / avaliação/ Informatização	Descrição de notas de evolução e outras Adequação do conhecimento à situação	Contacto com família Continuidade de cuidados	Gestão de cuidados multidisciplinar, Continuidade de cuidados Envolvimento da família Auto formação e hetero formação Mudança
Tipo de comportamento	Individual, partilhado e colectivo	Individual com utente e família Partilha de experiências com colegas; mobiliza estratégias da acção.	Partilhado e colectivo; Gestão das capacidades; Tomada de decisão Análise retrospectiva; Análise situações problema Alterações da situação doença Partilha sobre a estratégia utilizada;	Partilhado e colectivo; Encaminhamento para outros técnicos Análise de situações problemas; Envolvimento dos familiares; Tomada de decisão; Sequência operativas; Gestão das capacidades de acção
Competências produzidas na situação / saberes	Saber fazer, Incorporadas à acção, psico motoras; Relacionais, Sócio afectivo; Auto consciência emocional	Incorporadas à acção Domínio do saber, mobiliza recursos cognitivos Auto consciência – emocional, auto confiança.	Competências de processo Consciência social Saber, Saber fazer Recursos cognitivos e afectivos Saber ser – relacional, comunicacional e sócio afectivo Auto consciência, auto gestão.	Consciência social; organizacional, Liderança. Trabalho em equipa e colaboração Saber, Saber fazer Saber ser Recursos cognitivos e afectivos Sequências operativas representadas mentalmente. Meta competências – gestão das capacidades de acção

Elaborado pelo autor com base no modelo de Wittorsky, 1998

Posteriormente, e centrados no paradigma de Nonaka e Takeuchi (1995), relacionamos o tipo de interações observadas com o processo de conversão do conhecimento individual, colectivo e organizacional (Quadro 11).

Como se pode constatar a conversão do conhecimento ocorre nos vários sub domínios de competências de modo singular e contextualizado às situações de cuidar. O conhecimento não é linear a cada situação mas, em cada situação, ele pode ser utilizado fazendo recurso às mais diferentes formas da sua conversão. Neste sentido, depende sempre do modo como o profissional analisa a situação e toma a decisão face ao objecto alvo da aplicação desse mesmo conhecimento.

No contexto existe uma socialização ou “vividos” da mesma natureza que constituem um “saber implícito e pluridimensional” que englobam a dimensão cognitiva e afectiva. A passagem deste saber vivido à experiência com significado requer reflexão e adequação do modo de cuidar nas diferentes situações.

Ao longo das observações ocorreram as diferentes dimensões da reflexão onde, não só foi possível verificar a individualidade do cuidar com ênfase na integração, adequação ou criação de esquemas, como a mobilização de competências e a transformação do conhecimento.

Este facto pode ser constatado ao longo da análise efectuada no decurso da investigação, nos capítulos que se seguem.

Quadro 11 – As interações no serviço e a conversão do conhecimento

Interações	Situações / relação com o conhecimento	Situações de cuidados	Sub domínio das Competências	Conhecimento
	Situações de troca de ideias – trocam conhecimento tácito	Relação com familiares	Prática segundo a ética	Socialização
		Funções interdependentes terapêutica, técnicas decorrentes de prescrições;	Ambiente seguro	
		Situações de maior complexidade; resolução de problemas, funções autónomas Higiene, posicionamentos, alimentação, educação	Prestação de cuidados / Execução	
	Diálogo ou reflexão conjunta - converter o conhecimento tácito em explícito,	Supervisão de estudantes Mobilização de experiências anteriores	Formação continua	Externalização
		Protocolos do serviço	Responsabilidade	
		Preparação do regresso a casa / alta clínica	Promoção para a saúde	
		Levante do doente Higiene	Execução	
	Situações de conversão do conhecimento explícito em tácito	Supervisão de estudantes	Formação continua	Internalização
		Registos – características dos doentes, observação, alta, articulação com outros técnicos Tomada de decisão Intervenções autónomas e interdependentes	Princípios chave da prestação de cuidados	
		Níveis de dependência Classificação de doentes SCD/E	Comunicação e relações interpessoais Valorização profissional	

		Intervenções técnicas; intervenções autónomas	Prestação de cuidados / Execução	
		Preparação do regresso a casa / articulação com família	Planeamento/ Promoção da saúde	
		Interações enfermeiro / elementos da equipa	Responsabilidade	
	Situações de conversão do conhecimento explícito em explícito	Relação com elementos da equipa	Responsabilidade	Combinação
		Estudantes / equipa / Formação	Formação Continua	
		Equipa – doente família	Planeamento	
		Tomada decisão	Princípios chave da prestação de cuidados	

1. AS INTERVENÇÕES / ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM

Entramos no serviço de medicina. Facilmente nos vem à ideia: sombrio, cheiros intensos, odores nada agradáveis, camas para ali..., cores indefinidas, camas de ferro arredondadas, por vezes sem cor, esfoladas de tanto andarem batendo aqui e ali...

Não!

Frente ao serviço. ... no hall que antecede a porta, janelas amplas, espaço arejado, aqui e além pessoas que não se atropelam. Falam entre si. Não há a preocupação de alguém ouvir. O espaço permite-o. Ao fundo, uma bonita paisagem... campo verde, acastanhado, mais sombrio ou luminoso... dita a altura do ano... é a Lezíria. Estamos no Ribatejo.

À porta, numa placa pode ler-se: toque a campainha! Mantenha a porta fechada!

Sim! Como na nossa casa. Privacidade, respeito. Habitamos aqui. Está gente! Há normas a cumprir. Abrimos a porta. Podemos entrar. Disseram-nos que o podíamos fazer. Trazemos uma bata branca (sinal de poder, simbólico) e a nossa identificação.

O que vemos?

Corredor amplo, verde. Mobiliário azul forte. Uma janela ampla ao fundo do corredor abraça em semicírculo um espaço de três cadeirões.

Estes convidam a sentar...a conversar, os que podem. Por vezes estão doentes, familiares, profissionais, enfim... fala-se, educa-se, informa-se, trocam-se ideias.

Continuamos. São quase 8 horas. Há movimento...uns entram, outros preparam a saída, outros ainda preparam o turno, as hígienes, os exames...

O que fazer para entrarmos e ver como se cuida? O que faz parte deste mundo e da sua complexidade? Como a gerem os enfermeiros?

Como anteriormente dissemos, negociamos a nossa presença no contexto.

Todos sabem o que fazemos e em conjunto propusemo-nos vivenciar o dia a dia e analisar as situações de cuidados.

Durante o processo de cuidados, os enfermeiros constroem uma relação estratégica com o meio, sendo as suas estratégias e as suas racionalidades o produto da pertença a um grupo e as condições materiais e sociais inerentes ao contexto empírico o que legitima as suas escolhas e facilita a compreensão da acção social no contexto de trabalho (Abreu, 1997).

- O grupo dos profissionais constitui uma rede complexa de interacções que intervêm com um fim e uma missão específica.

- Observámos a composição da equipa e a dinâmica do serviço, sendo aquela constituída por técnicos de diferentes áreas, por auxiliares de acção médica (AAM) e pelo doente / família / cuidador. Este constituiu-se como alvo dos cuidados.

Observação alargada:

7, 55h. São 24 os doentes internados. Os enfermeiros do turno da noite terminam os registos e passam os doentes aos colegas. As higiènes dos doentes são feitas pelas AAM, segundo informação dos enfermeiros do turno da noite. As outras são efectuadas pelos enfermeiros e AAM. A meio da manhã, por vezes, encontram-se enfermeiros, médicos e auxiliares, na copa, para partilharem o café, o chocolate ou chá e o bolo que alguém trouxe. Os familiares pedem informação por telefone ou na hora da visita. A visita médica, quando existe, é efectuada com a presença do enfermeiro responsável pelo doente. A secretária de unidade constrói os processos e faz a articulação com outros elementos da equipa - nutricionista, copeira, radiologia, ou marcação de exames complementares de diagnóstico. A assistente social passa com frequência pelo serviço e partilham informação sobre os doentes. A técnica da farmácia faz a reposição da terapêutica, o material é repostado pelo serviço de aprovisionamento. Às 12h, a copeira serve os almoços. Por vezes, o capelão visita o serviço e contacta com quem está no serviço.

Competências / Factos relevantes

- Comunicação e relações interpessoais

Interacções:

- Díades de dois e três elementos: enfermeiros e doentes; familiares; médicos; AAM; secretária de unidade; copeira; técnicos de raio x, laboratório, farmácia.

Análise inferencial:

- As equipas constituem-se como díades promotoras de desenvolvimento de competências entre os diferentes elementos.
 - As interacções responsabilizam os profissionais pelas funções autónomas.
-

O cuidar no serviço de medicina, envolve um processo dinâmico de múltiplas interacções. É um serviço que, pelas suas características, é rico em experiências, em pessoas de diferentes áreas do conhecimento em projectos que, postos em acção, intensificam as interacções e apelam à participação e integração nos mesmos. Tudo se centraliza no seu bem-estar, se projecta em função do mesmo e se articula no mesmo sentido. Os cuidados respondem às necessidades do doente e família e os serviços de farmácia, cozinha, exames complementares são o suporte às respostas necessárias.

Anteriormente, numa fase de análise dos dados, constatámos que muitas circunstâncias conduzem à existência de rotinas e à criação de um *habitus*. Existem “competências incorporadas” à acção referentes, não só, a automatismos de gestos, actos concretos observáveis, mas também a percepções e emoções promotoras de um meio adequado ao cuidar.

- Os contextos de cuidados são lugares privilegiados de experiências, espaços de interações e transacções entre diferentes dimensões do enfermeiro: consigo mesmo, com os vários elementos da equipa e com o meio. Esta relação conduz ao processo de construção de experiência (Josso, 2002) e leva a um agir baseado numa formalização, simbolização, sistematização e organização, ou seja, ao agir com competência. Os diferentes elementos, quando trabalham em equipa, constituem-se em díades promotoras de autonomia e de auto desenvolvimento.

São relações que não acontecem ao acaso; existe uma orientação, uma dinâmica estruturada, espaços e um saber estar, normas que orientam o trabalho e se articulam como na roda dentada, que a seguir observamos:

Observação
As higiênes são preparadas durante o turno da noite. É identificado o tipo de necessidades de cada doente, quem deverá efectuar a higiene, elaborada uma lista para as AAM, pelos enfermeiros da noite. Os carros da higiene são preparados com toda a roupa necessária, material de higiene, carro de sujos e colocados na enfermaria. Os tabuleiros contêm material para hidratação e outro necessário à higiene da boca. A mesa-de-cabeceira contém o material pessoal do doente.
Competências / Factos relevantes
Planeamento
- Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
Delegação e supervisão
- Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.
- Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisiona aspectos dos cuidados delegados a outro.
Inferência
O trabalho em equipa, enquanto análise e resolução de problemas, desenvolve uma cultura de participação.
A existência de princípios norteadores do planeamento do trabalho em equipa promove a reflexão com base nos processos do doente.

A nossa entrada pela manhã e a dinâmica das 8 horas obtém resposta no conjunto das rotinas observadas.

Todos sabem o que fazer. Quem saiu preparou a entrada de outros. O serviço roda, não por si, mas porque o fazem andar. Afinal todos são o serviço, “ *hoje faço noite, amanhã faço manhã e tudo deve estar para o outro como se fosse para mim... tudo é mais fácil*”.

Cada enfermaria tem um carro devidamente organizado com lençóis, toalhas turcas e produtos de higiene. O sabão e material para hidratação, a solução para lavagem oral e outro material de uso pessoal também fazem parte do mesmo.

As higiènes são preparadas no turno da noite de acordo com a análise do planeamento efectuado. São definidas as higiènes a efectuar e o tipo de estratégias a utilizar – banho na cama, cadeira de banho, maca banheira. O trabalho é articulado com as AAM e estas organizam todo o material de higiene necessário de modo a facilitar a organização da manhã. De acordo com o definido, as higiènes podem ser delegadas. É o enfermeiro responsável pelo doente ou o de segunda linha, que planeia a distribuição, como referem

“Habitualmente na noite é quando conseguimos ter uma noção mais geral do processo do doente. Ver o que ainda falta fazer àquele doente, nomeadamente ensinós; o que já foi feito e o que não foi feito (...) durante a manhã ou a tarde (...) não temos tanto tempo para pensar (...) é durante a noite que avaliamos e analisamos todo o processo. (...) a noite é para mim a mais importante porque conseguimos planejar as coisas para a manhã e para a tarde.” Entrevista etnográfica.

“Sempre fui assim; as noites para mim sempre foram óptimos momentos de trabalho; talvez pelo pouco movimento; há mais tempo e posso organizar melhor o que tenho para fazer” Entrevista etnográfica.

Os cuidados são assegurados pelo trabalho por turnos. Há actividades definidas. A noite é tempo de descanso para uns e de trabalho para outros. Os doentes, muitos dormem. Outros nem tanto. Mas há tempo para outras coisas. É altura de olhar o processo, de analisar, de ver o que está planeado e ainda não foi feito ou do que não está planeado e deve ser efectuado.

São momentos de pensar, de reflectir, de analisar. É momento para planejar o turno da manhã e o da tarde. Desta forma existe um trabalho em equipa, a integrar um sistema mais abrangente, o serviço no seu todo.

Mas como é que tudo começa?

Entrámos no serviço, na sua dinâmica.

Assistimos à passagem de turno: nada mais é do que a passagem dos doentes, dos seus problemas e necessidades e das ocorrências destes. São momentos privilegiados de troca de informação e mesmo de formação. Os doentes são muitos e os enfermeiros também. Na noite, são menos os enfermeiros. Este facto torna-os demasiado organizados na distribuição e na passagem dos diversos doentes. É mais um puzzle que se constrói. Todos se articulam. Não dá para passar todos a todos, cada um centra-se nos seus doentes e, como dizem, não tanto como merecem e precisam. Mais logo, noutro turno, ficarão com os outros e, aí sim, terão de os conhecer.

São dinâmicas que se cruzam, são informações e referenciais que se articulam. São cuidados que se estruturam, são rotinas que se criam e fazem parte do processo.

O serviço tem implementado o Sistema de Classificação de Doentes por enfermeiro (SCD/E) que permite distribuir os doentes de acordo com as necessidades em horas de cuidados. Normalmente a enfermeira chefe, ou quem a substitui, efectua a distribuição, podendo ser também antecipada pelos enfermeiros da noite.

Cada enfermeiro procura a sua paleta com uma folha estruturada, o que facilita a recolha da informação prioritária.

Inicia-se a passagem de turno.

Apenas dois enfermeiros da noite para sete ou oito na manhã. Como fazer? Há salas, gabinetes, espaços. Os da noite estão fixos e rodeados de processos e dos seus memorandos. Os colegas aproximam-se. Sentam-se e tomam notas se forem os enfermeiros responsáveis. Por vezes, levantam-se e vão receber, junto do outro colega da noite, o doente que lhes falta. Entram e sentam-se. Ouvem, esclarecem dúvidas, tomam notas e assim sucessivamente. A passagem é longa e os doentes são passados, preferencialmente, pelo nome, sendo comunicadas alterações verificadas, características fisiológicas e do comportamento e prescrições autónomas e outras.

Observação

Os registos são efectuados nos processos em plano individualizado.

O enfermeiro da noite faz a distribuição dos doentes pelo enfermeiro responsável e mobilizando o SCD/E

Passagem de turno:

O enfermeiro passa os doentes pelo processo, por cama e pelo nome, algumas vezes. No plano identifica as alterações das prescrições.

Clarificam o diagnóstico, falam das características – estado físico, emocional, relação com família ou rede social de apoio, previsão da alta e recursos, problemas identificados, prescrições de enfermagem, reacções / comportamento do doente face às mesmas

Competências

Avaliação – registos e Diagnóstico

Análise inferencial:

A passagem de turno pelo plano de cuidados do doente implica um conhecimento específico do doente / família;

O método por enfermeiro promove o conhecimento do doente e responsabiliza o enfermeiro pelo tipo de informação a dar à família.

As interacções responsabilizam os profissionais pelas funções autónomas.

É um momento privilegiado de interacção e de partilha da linguagem utilizada. O processo de cuidados é mobilizado para especificar aspectos particulares e está estruturado contendo os

indicadores necessários à colheita de dados, ao plano de cuidados e ao registo de evolução da situação, facilitando e uniformizando os dados.

É um processo facilitado pela utilização da linguagem CIPE que “resulta da necessidade de representar formalmente o conhecimento utilizando uma linguagem comum que permita a produção de informação a partir da tomada de decisão em enfermagem e que dê visibilidade aos ganhos em saúde sensíveis aos nossos cuidados” (CHMT, 2007:5).

A passagem dos doentes ao colega promove o desenvolvimento do conhecimento da individualidade do doente, do seu processo de doença, das suas necessidades e problemas visando a continuidade dos cuidados e a resposta necessárias no momento seguinte. Existe, desta forma, a atribuição de significado à acção de cuidar, a tomada de consciência da globalidade do processo na promoção da continuidade dos cuidados. Ambos, elementos fundamentais na cognição humana, quando conscientes, levam a um crescimento pessoal e profissional.

O modo como se organiza e efectua a passagem dos doentes promove a partilha de um conhecimento tácito, normalmente acompanhado de troca de ideias, ou seja, promove a socialização de conhecimento, a passagem do conhecimento tácito a tácito e a externalização com a explicitação em registos (Nonaka e Takeuchi, 1998).

“Relativamente aos colegas, existe um grande espírito de inter-ajuda. No que diz respeito ao desempenho das nossas funções, nós não nascemos ensinados, nem a escola consegue ensinar tudo, existiu sempre uma colaboração por parte dos colegas em partilhar experiências já vivenciadas que contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional”.Entrevista semi-estruturada Enf. A.

Constata-se que a passagem de turno é considerado um momento de crescimento. Existe um passar individualizado dos doentes, o que promove detalhes sobre a situação saúde / doença e rede social de apoio. Como veremos posteriormente, são momentos ricos de experiências e de conhecimentos. Nesta fase inicial da nossa observação, constatámos que a passagem de turno é um momento sistemático e sincronizado de efectuar a passagem dos doentes e relaciona-se com a organização das diferentes respostas ou necessidades do doente.

Durante a manhã efectuavam-se as higiènes. As intervenções de cuidados na higiene e conforto³ são momentos de interacção de cuidado total ou parcial com o doente.

As enfermarias proporcionam a individualidade do doente e a existência de recursos, como se verifica na observação seguinte.

³ É um dos focos assim definido: “Higiene é um tipo de auto cuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene” (CHMT, 2007:172).

Observação alargada

A higiene é efectuada na cama aos doentes mais dependentes e com repouso absoluto; na maca banheira ou na cadeira de banho conforme o planeamento efectuado com base em cuidados anteriores. Promove-se a higiene da boca, o uso de escovas de dentes, de pente e de chinelos. A higiene é individualizada por um cortinado, quando na cama; a comunicação é privilegiada. Falam com os doentes e posicionam-nos posteriormente na cama ou no cadeirão.

Passam a outro doente totalmente dependente e não fala. A enfermeira e a AAM colaboram na higiene. Estão sincronizadas nos movimentos. Lavam, viram, limpam, hidratam se necessário. De vez em quando “Sr. J. vamos virá-lo..”, e continuam e falam entre si sobre vários assuntos...até mesmo da enfermaria... mas o Sr. J. acaba de ser lavado. A cama é feita e a técnica mantém-se.

Prestação e gestão de cuidados

Execução:

Higiene e conforto: na cama, na maca banheira ou na cadeira de banho; o material de higiene pessoal – escova de dentes ou pente e chinelos.

Privilegiada a comunicação e a individualização dos cuidados por cortinado.

São posicionados de acordo com as suas necessidades – cama ou cadeirão.

Análise inferencial

A existência de material de apoio à higiene e conforto promove a qualidade do cuidado e a individualização.

A organização do serviço favorece a gestão dos cuidados e contribui para o sentimento de satisfação dos actores.

Nestas situações, os esquemas de acção integrados, permitem efectuar de forma sequencial e sistemática a acção. Foram anteriormente assimilados, acomodados e integrados. Actualmente, e de acordo com a experiência de cada profissional, desenvolvem este e outros cuidados sem aparente reflexão.

A manutenção do bem-estar físico, da intimidade e individualidade do doente mantém-se. A higiene do corpo, a hidratação da pele, a higiene da boca, enfim... o que é necessário e desejável a qualquer pessoa no início do dia. Não tem escova de dentes, chinelos ou pijama, logo se arranja. “Tudo” é proporcionado ao doente. Colocamos o tudo entre aspas, pois num hospital o tudo é sempre infinito.

Admirámos este momento. Foi aqui que, entre outros, observámos os actos rotineiros que nos levam a questionar, enquanto esquemas integrados de acção, obviamente válidos, o “fazer cuidados”. Este momento, muitas vezes diferente do desejado cuidado, espaço privilegiado de interacção, de um face-a-face, de uma transacção enquanto momento único de cuidado, de que nos fala Jean Watson.

Sabemos que a higiene é o cuidado do corpo onde a relação com a intimidade do doente, nem sempre é fácil para nenhum dos dois. Muitas vezes, dado o tipo de doentes, um terceiro elemento

(AAM), interfere na interacção que se deveria verificar. Nestas situações a centralidade deixa de ser o doente para ser a interacção entre quem presta cuidado. Por vezes, há conversas paralelas, há relações que se cruzam. As situações de cuidados ao doente passam a ser secundárias, como define Hesbeen, reduzindo-se a um acto, enquanto tarefa e não uma acção com um sentido específico de cuidado.

No entanto, perante estas situações, os doentes respondem com satisfação. Alguém se aproxima, o corpo é cuidado, é limpo, apesar do sentido de cuidado atribuído, do olhar, não olhado, de um estar não atento e direccionado a si, em suma, dum cuidado sem sentido, sem atenção. Como refere um doente *“são muito novos. Custou-me, mas eu estou aqui e não posso fazer nada, já não tenho forças e não sou capaz. Fecho os olhos...e eles lavam tudo...”*

Como constatámos, estes momentos são valorizados e sentidos pelo doente. A água é quente, as bacias são desinfectadas e a técnica mantida. Mas nem sempre se cuida. Os olhos fechados do doente indiciam um isolamento interior, um isolar-se da situação mas não uma ausência. Afinal está presente sem falar e sem olhar...mas está lá! Também este estar exige a presença autêntica de quem cuida e que, por vezes, não é tido em conta.

O método de trabalho

Os enfermeiros trabalham pelo método de enfermeiro responsável, também designado enfermeiro de referência. Este responde às necessidades do doente/ família, a um cuidar global gerindo os seus próprios processos de trabalho com consequente autonomia, responsabilidades profissional e com repercussões na qualidade dos cuidados.

A globalidade da acção de cuidar, pelas dimensões em interacção, centra a questão na gestão dos cuidados. O planeamento integra a análise do processo do doente, a reflexão sobre a situação de cuidados e a própria socialização à organização do serviço. Os doentes são distribuídos por enfermeiro responsável, que inicia o processo, planifica as intervenções, actualiza o plano de cuidados individual, orienta o seu tratamento quando ausente, acompanha a evolução durante a hospitalização, coordena os cuidados totais; informa o médico e contacta a família (CHMT, 2005 a)). Este método permite ao enfermeiro gerir os cuidados de forma personalizada e efectuar um planeamento mais estruturado, ou seja, analisar, planear, implementar e avaliar os cuidados desde o internamento até ao momento da alta (Kron & Gray, 1994). Na sua ausência fica o enfermeiro de segunda linha com a responsabilidade de dar seguimento ao processo (Castledine, 1998).

“Por vezes as pessoas dizem-nos que só temos 4 ou 5 doentes e ainda nos queixamos mas, talvez por utilizarmos o método de enfermeiro responsável, também interfere muito. Tem aspectos positivos mas tem aspectos negativos em termos de trabalho, como o facto de gastar muito mais pessoal do que os outros métodos. As pessoas não têm ideia de como nos organizamos – planeamento, acção - organização dos cuidados, temos um maior conhecimento do doente, o que possibilita fazer com que o internamento decorra de forma mais gratificante para o doente”. Entrevista etnográfica

Como referem os enfermeiros, este método permite um maior conhecimento do doente, responsabiliza o enfermeiro pelos cuidados que presta e promove a organização e a gestão do processo. Faz com que se desenvolva um trabalho em equipa. Todos conhecem os objectivos a atingir, o alvo dos cuidados, os focos prioritários e todos têm vontade de resolver e intervir em conjunto. Verifica-se a partilha dos mesmos objectivos, de experiências idênticas, de problemas comuns, existe espírito de inter ajuda e crescimento pessoal e profissional, em suma, há aprendizagem experiencial. No entanto, como refere um dos enfermeiros,

“Por vezes torna-se difícil porque nem todos se encontram despertos para os reais problemas do doente/família. Só pelo facto de se curar a doença, não quer dizer que este seria o problema maior do doente/família”. Entrevista etnográfica.

O trabalho em equipa significa ver na mesma direcção, sobre o mesmo objecto, com a mesma finalidade e entender o cuidar como uma dimensão complexa das diferentes dimensões em análise. O percurso efectuado pela interacção dos cuidados, numa lógica de reflexão na acção, possibilitou-nos constatar que se cuida de modo pré-reflexivo, ou seja, com um conhecimento-na-acção. Este é

resultado de esquemas de acção, da existência de normas, de trabalho estruturado e de um fazer sistemático e sistémico e também ecológico, no modo de se tornar equilibrado.

A gestão da complexidade das dimensões em jogo, o processo de interacções de actores promove padrões estandardizados de cuidados integrados no *habitus* do serviço e de cada profissional. Origina, o que normalmente denominamos, as rotinas do serviço, ou seja, a socialização com o cuidar em contexto. O cruzamento de esquemas de percepções, de avaliação, de pensamentos e de acções, constituem o que Bordieu (citado em Perrenoud, 2001) denomina de “estrutura estruturante”, promovendo o *habitus* que ajuda a enfrentar uma grande diversidade de situações quotidianas.

São os saberes procedimentais⁴, que promovem o conhecimento na acção, relacionadas com o quê, quando, como e onde. Nestas situações, os esquemas de acção integrados, permitem efectuar de forma sequencial e sistemática a acção. Foram anteriormente assimilados, acomodados e integrados. As interacções entre os actores, a sincronia nas acções decorrentes de um planeamento geral do serviço, a sua sistematização e frequência promovem a normalização de esquemas de acção conjuntos e um *habitus* característico do serviço.

Desta forma, as equipas constituem-se como díades promotoras de desenvolvimento de competências, mobilizam não só os conhecimentos mas também as estratégias e métodos de

⁴ São saberes operativos que orientam para a acção “descrevem procedimentos, métodos, modos operatórios, quer dizer. Encadeamentos explícitos de operações ou de séries ordenadas de acções orientadas para a realização de um fim determinado. São conjuntos de instruções a realizar numa ordem estabelecida. (Le Boterf, 1997:103).

resolução de problemas (recursos cognitivos relacionados com a formação formal), promovem o trabalho em equipa, a aprendizagem experiencial e o desenvolvimento de competências individuais e colectivas e a autonomia profissional.

“Ao longo dos meus anos de experiência, competências teóricas e práticas... em termos teóricos estou muito melhor do que estava e nesta relação teórico prática estou muito melhor... o tempo de experiência é muito importante” Entrevista semi estruturada Enf.B.

Como temos vindo a constatar, as interacções de cuidados e a sua relação com o conhecimento, num processo de socialização do mesmo, relacionam-se com a integração de esquemas de acção em vários domínios de competências da prestação de cuidados. Estas são situações que mobilizam um saber fazer integrado, um conhecimento na acção e um conhecimento tácito. As situações são, nomeadamente, do domínio das funções interdependentes, terapêutica e ou técnicas decorrentes de prescrições médicas e situações de cuidados referentes a funções autónomas.

As competências resultam de uma organização, assimilação e integração, associadas a esquemas de acção. Têm uma componente técnica, de carácter cognitivo e envolvem modelos mentais pela forma como estão estruturados. Existe um conhecimento tácito, resultado de uma socialização no contexto. Passa de um conhecimento que, em cada enfermeiro é tácito, a um outro enfermeiro, também ao mesmo nível que, por ser tácito, nem sempre é fácil de explicitar.

O serviço constitui-se no que Custódio (2006) define como a “memória” da organização, nas soluções para situações semelhantes e num conhecimento transferível, automático e colectivo. Como vemos na descrição seguinte, parece estarmos perante um “desempenho com uma certa orientação quase ritualista que privilegia o gosto pela norma e a realização quase estereotipada de actividades (quase iguais em quase todos os turnos)” (Nunes, 2007:38). Constatámos esta situação numa fase inicial da nossa investigação quando em diário de bordo escrevíamos

“(...) tento fazer um pequeno exercício. Elevar-me, distanciar-me e olhar o serviço de cima. O que vejo? Em uníssono, os enfermeiros recebem os doentes de que são responsáveis ou outros como enfermeiros de segunda linha. Partem para as enfermarias, dizem bom dia, observam os doentes, dirigem-se para o carro de terapêutica e de seguida para as higienes. A alimentação, a visita médica, quando existe, a terapêutica e ao posicionamentos são efectuadas na continuidade do turno. As pedras do puzzle dão progressivamente lugar à sua construção e (des) construção consoante as normas da organização do turno, do dia, da gestão de cuidados.

Novo dia começa... a cena repete-se ... e novo dia começa...

Decerto se cuida. Nem sempre da mesma maneira. São todos humanos. Mas estão lá. Uns sentem-se cuidados, outros estão a cuidar. Nós continuamos.

Se nos centralizássemos apenas nas normas, nos procedimentos, nos protocolos ou seja, no cuidar enquanto rotina, ficaríamos incompletos e cegos, mas se cuidarmos sem atendermos às competências integradas, podemos correr o risco de perder a dimensão da singularidade e da pessoalidade do cuidar.

1.1. ACOLHIMENTO

A chegada do doente ao serviço constitui o primeiro momento de contacto.

Quem traz? De onde vem? Com quem vem?

Por norma os doentes chegam vindos do serviço de urgência, onde se inicia a colheita de dados, sendo a sua continuidade efectuada ao longo do internamento. Esta promove uma interacção no processo saúde / doença, com o doente / família. É um momento privilegiado de interacção. O conhecimento da pessoa, dos seus hábitos e recursos e da situação constitui a base para o desenvolvimento da relação de segurança. Verifica-se logo no transfere da maca para a cama, feito com a presença do enfermeiro da urgência, como na observação seguinte:

Observação

No plano de distribuição de doentes está definido quem faz a admissão de doentes.

São 11 horas. Chega um doente. A enfermeira da urgência diz:

- Colegas, quem fica com este doente?
- Eu recebo. Aproxima-se do doente.
- É o Sr. J. (fala do diagnóstico médico, do que fez, quando chegou e da família).

A colega sai e entrega o processo.

Competências / Factos relevantes

Prática profissional, ética e legal

Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções

Inferência

A distribuição dos doentes a admitir em plano é assumida durante o turno

A passagem do doente pelo nome, a situação decorrida no serviço de urgência e a ligação à família, quando identificados são factores de segurança. O acolhimento no serviço surge, assim, nesta continuidade e da distribuição em plano de trabalho diário. O enfermeiro apresenta-se a si e ao serviço de acordo com o estado de consciência do doente. A enfermaria, cama e seu funcionamento, casa de banho e campainha são elementos básicos nesta integração bem como a hora da visita.

1.2. COLHEITA DE DADOS

O processo de colheita de dados vai progredindo. Numa primeira fase, importa dar resposta à manutenção dos hábitos alimentares – tipo de alimentos e preferências e constituição de pequeno-almoço, lanche e ceia, que posteriormente são transmitidos para o sector de nutrição. Neste sentido valida os conhecimentos, promove uma aprendizagem mediada por factores culturais e situacionais “*a que horas come? o que come?*”

Observação

Oh D. Francisca olhe eu gostava de saber o quê é que você costuma comer ao pequeno-almoço?

- Em minha casa?

- Sim, sim, sim.

- Um iogurte.

- E ao lanche, também quer isso?

- Sim

- Convém comer às 7 da manhã. De manhã, habitualmente, a gente dá-lhe um iogurte, está bem?

Portanto, se for à noite um iogurte começa a ser muitos iogurtes? Se calhar vou-lhe pôr às 7 da manhã e às 11 da noite um iogurte, está bem?

- O D. Francisca, eu preciso de lhe perguntar uma coisa, qual o motivo que a trouxe ao hospital?

- Aquela falta de ar.

- Ah, sim, e há quanto tempo?

- Oh D. Francisca, e como gosta que a gente a chame?

Competências / Factos relevantes

Prestação e gestão de cuidados – colheita de dados e avaliação

Efectua de forma sistemática uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados., utiliza os dados da avaliação para modificar o plano.

Inferência

O método de trabalho por enfermeiro responsável implica o enfermeiro na observação e colheita de dados sistemática para a actualização do plano individual.

Estes e outros dados são recolhidos tendo por base critérios previamente definidos na instituição, como as condições sociais e económicas, os aspectos relacionados com a saúde / doença e razões da procura e outros que permitem a análise, identificação de focos, diagnósticos e intervenção.

“No processo do doente existem itens específicos para a colheita de dados que envolvem condições sociais, económicas, hábitos de vida e situação de saúde / doença e o planeamento do regresso a casa. Integra os Fenómenos de Enfermagem considerados mais relevantes na sua prática clínica. Aos mesmos foram associados os Status dos Diagnósticos e as Intervenções de Enfermagem” (CHMT, 2007:5).

Estes momentos vão-se constituindo na dimensão ética do cuidar, reflectindo a observância pelas escolhas, percepções, valores e ideias do doente, fazendo deste modo sobrepor mais o que une e opondo-se ao que disjunta, reduz e fragmenta.

A interacção com o doente nesta fase e ao longo do internamento permite o seu conhecimento, uma análise ligada a situações específicas e contextualizadas, a interacção com o doente de forma aberta e promove a comunicação.

Como se tem constatado, a comunicação é uma competência fundamental e básica na interacção, fazendo sentido a sua aplicação prática no âmbito de atitudes que envolvem o cuidado. Verifica-se de forma verbal e não verbal e especifica-se na mobilização de estratégias. O conhecimento do enfermeiro e o modo como mobiliza, permite a identificação de focos e definição de intervenções. Esta é efectuada por observação, questionamento, interacções sucessivas, dependendo do desempenho do enfermeiro e das suas competências cognitivas, afectivas e relacionais.

A senhora fica na cama X

O processo vai-se completando, A colheita de dados, o diagnóstico sistemático, a intervenção e a validação fazem apelo às competências do enfermeiro. O questionamento e a observação são sistematicamente mobilizados na interacção com a finalidade de adequar e adaptar as intervenções às respostas do doente à situação de cuidar.

Observação

Pega na tigela e vai conversando com o Sr. – Então, Sr. Adelino, sabe onde está? Não? Está no hospital de TN ..., conhece? Sabe onde fica?

O Sr. vai pensando e vai comendo muito lentamente. A enfermeira continua.

- Quantos filhos tem?

- Dois - diz o senhor; são dois meninos.

- Meninas ou um menino e uma menina?

(Respondeu-lhe) - Um filho e uma filha.

- Vive com quem?

- Com a minha senhora;

- Quantos anos tem? Quarenta e .. (75anos)

- Ah, quantos? (Diz a enfermeira): Ainda é novo! Onde está agora? Olha para a janela e fica a pensar enquanto engole o que a enfermeira lhe põe na boca.

- Então ainda há pouco lhe disse, não se lembra?

Competências / Factos relevantes

Prestação e gestão de cuidados – comunicação e relações interpessoais

Inicia, desenvolve ou suspende relações terapêuticas com o cliente, através de utilização de comunicação apropriada.

Inferência

As estratégias de comunicação permitem ao enfermeiro comunicar de forma eficaz com o doente.

1.3. ALIMENTAÇÃO

É o momento da alimentação do doente. As questões colocadas permitem perceber o estado físico e orientação. Estes visam o ambiente interno de que fala Watson e que se consubstancia com o bem-estar mental e espiritual e as crenças sócio culturais. O ambiente externo onde, para além das variáveis epidemiológicas, se incluem o conforto, a privacidade, a segurança, e um ambiente limpo e estético são perceptíveis pela sincronização com o doente, ou seja, pela capacidade de perceber o outro, de se colocar no seu lugar, sem contudo deixar de ser quem é, isto é, ser empático. É um momento verdadeiramente único de cuidar onde o enfermeiro mobiliza um conjunto de habilidades, conhecimentos e estratégias relacionado com a competência da comunicação. A observação e a interpretação de comunicação verbal e não verbal, a reformulação das questões no sentido de as clarificar e o feedback contribuem não só para a criação da empatia, mas principalmente para um cuidar-curar. Estamos no domínio de uma estrutura complexa e de atributos necessários para o desempenho inteligente numa situação específica, definida por Gonczi (1994: Flanagan, 2000) por competência relacional.

No entanto, Grau (1996), chama a atenção para a importância dos profissionais se desenvolverem neste processo de comunicação, uma vez que a realidade é filtrada por cada um, de acordo com as suas experiências e também pela representação que cada um tem do mundo.

Salienta essencialmente três mecanismos utilizados neste processo e que são:

- A distorção – resulta na modificação dos dados a partir de experiências pessoais;
- A generalização – consiste na projecção de características dum caso particular no global das situações;
- A selecção ou omissão – ocultam-se alguns elementos em detrimento de outros.

Estes mecanismos subdividem-se em várias categorias que, articuladas entre si, originam figuras linguísticas que, de acordo com a percepção duma situação, a sua representação e a linguagem utilizada, originam interpretações várias. Perante tal facto, é necessário aprofundar o conhecimento de modo a interpretar a experiência subjectiva da pessoa, com mobilização de estratégias na comunicação face-a-face, na compreensão do significado e na análise de factores que conduzem ao diagnóstico clínico do doente. Estamos no domínio da ética da compreensão em que, procurando conhecer o sujeito tal como é, o enfermeiro se permite interferir e modificar o meio, conhecendo-se também a si e modificando-se simultaneamente.

É um processo reflexivo, continuado ao longo do internamento, onde cada questão, pela análise momentânea da resposta, induz uma nova questão e, assim sucessivamente, como no esquema que reproduzimos (Diagrama17).

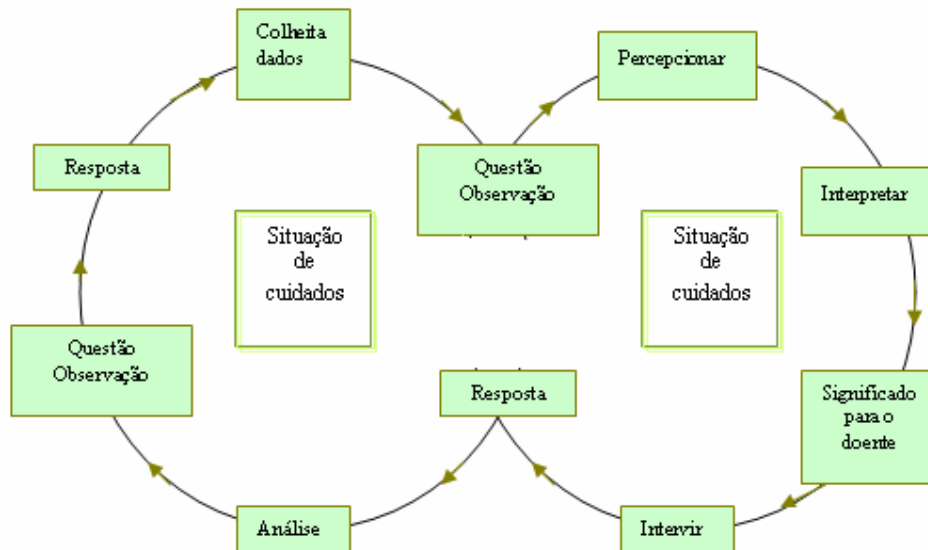


Diagrama17 - A situação de cuidados e a mobilização do conhecimento estético e empírico em enfermagem

Segundo John (1995), o conhecimento estético do enfermeiro de que Carper fala, contrasta com o conhecimento empírico, pela forma como se manifesta.

Existe uma resposta particular a uma dada situação clínica de cuidado e a necessidade da sua interpretação. Enquanto conhecimento empírico, há algumas respostas previsíveis face ao que se observa. Enquanto conhecimento estético, o processo envolve: perceber a situação, interpretar a informação e perceber o significado da situação para os envolvidos e, ainda, responder com acções apropriadas e reflexão sobre as respostas efectivamente encontradas. Este facto evidencia que a enfermagem, enquanto arte, envolve a actividade transformadora do comportamento do doente, naquilo que para ele é significativo, ou seja, necessita estar expresso no seu comportamento. Estamos perante a empatia com o doente que, como verificámos, é uma competência essencial ao cuidar em enfermagem. Esta competência busca muito na intuição do enfermeiro e na sua capacidade de observar, validar o comportamento e agir de acordo com o adequado e desejado. Ou seja, como refere Morin (Petraglia, 2002), a prática efectiva-se pela reflexão, num movimento circular de acção, reflexão e acção. “Um momento modificando o outro e modificando a si mesmo, simultaneamente” (Ib. Opc.:3). O enfermeiro, em cada acção de

individualização do cuidado e do agir em contexto, na resolução de focos identificados enquanto problemas, tem presente a auto consciencialização (reflexão) e a autocrítica contínua (reflexão crítica) consideradas cruciais para ser competente (McMullan et al, 2003), além da reflexividade sobre a prática baseada no *problem based learning* (PBL), segundo o mesmo autor. Assim a singularidade do cuidado, não só da pessoa mas de cada acção existe na atenção particular, no olhar individualizado, na interacção com um significado específico e gratificante que, ao longo do dia, se confrontam nas diferentes intervenções.

1.4. HIGIENE

Assim passámos das actividades globais efectuadas diariamente a momentos privilegiados de um “estar com”, que mobiliza uma relação de intimidade com o doente e que se verifica durante os cuidados ao corpo – higiene, hidratação, massagem, e se traduzem na interacção de dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, e na aplicação de conhecimentos e de técnicas mais adequadas, como caracterizamos com as seguintes observações.

A interacção no processo de cuidar envolve o eu e o outro. Em situações cuja predominância são idosos e os enfermeiros são, na maioria, jovens (média de idades de 30 anos), parece colocar a vivência desta situação como problemática. No entanto, o sentido atribuído à acção de cuidar, torna presente em cada situação a existência de um conhecimento estético, inerente ao enfermeiro, “*eu vou dar o banho ao Sr. X mas olhe que estou a vê-lo*”; é determinante de um saber estético que se faz presente, mesmo na ausência.

<p>Observação</p> <p>Enf. A faz a higiene do doente acamado, banho total na cama.</p> <p>- Agora vai ter de fazer os exercícios que já lhe ensinei e várias vezes ao dia (diz para o senhor): vamos lá! (o Sr. entrelaça os dedos das mãos e levanta os braços);</p> <p>(A Enf. diz): - mais alto, ainda mais, muito bem, vá várias vezes; eu vou dar o banho ao Sr. X mas olhe que estou a vê-lo (e o Sr. continua fazendo).</p>
<p>Competências / Factos relevantes</p> <p>Prestação e gestão de cuidados – execução e ambiente seguro</p> <p>Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados; cria e mantém um ambiente de cuidados seguro</p>
<p>Inferência</p> <p>O enfermeiro, na interacção com o cuidador, promove o desenvolvimento de saberes.</p>

O enfermeiro adequa o modo, os cuidados e os recursos à pessoa doente. Existe um espaço de proximidade e de intimidade, respeitado pelo tom de voz, pelo olhar, pelo falar e pelos gestos. É

um espaço favorecido pela utilização de hidratantes, do toque necessário na sua utilização e a proximidade com o corpo, articulado com a atribuição do sentido à acção.

A higiene, a alimentação ou qualquer actividade com o doente, é um meio para atingir um objectivo com e para o doente “passa a água pelo corpo todo com o chuveiro – lava o cabelo”. Como se constata, o cuidado não é efectuado ao acaso, mas contribuiu para aprender a tirar partido dele, do que se observou para descrever, para identificar, para clarificar as manifestações, as deficiências identificadas, os compromissos funcionais, as perturbações afectivas, entre outros. O enfermeiro pode, assim, ver o que os cuidados se propõem atingir. A competência é, assim, relacional com uma estrutura complexa de atributos necessários para o desempenho inteligente numa situação específica (Gonczi citado em Flanagan et al, 2000).

Observação

“Passa a água pelo corpo todo com o chuveiro – lava o cabelo (puxa uma manípula e coloca gel de banho e lava-a com movimentos calmos e circulares); depois limpa-a e leva-a para junto da cama. Deita-a na cama e coloca uma dose abundante de hidratante na mão. Massaja toda a pele, veste-a e posiciona-a – está confortável?”

Princípios chave da prestação e gestão de cuidados

- Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

Observação

A Enf. fala com uma das senhoras, coloca-a na cadeira de banho e eu ajudo-a.

- D. X vai tomar o seu banho. Como se sente? (a Sra. está entubada, olha-a nos olhos. A Enf. A. passa-lhe a mão pela testa, fixa-a nos olhos e diz está fresquinha; leva-a à casa de banho, despe-a, calça umas luvas e com o chuveiro diz):

- Está boa a água? (a Sra. faz uma careta); a Enf. mexe na torneira; e agora? (não tem qualquer reacção); a Enf. passa a água pelo corpo todo – “lavamos o cabelo” (puxa uma manípula e coloca gel de banho e lava-a com movimentos calmos e circulares; depois limpa-a e leva-a para junto da cama). Deita-a na cama, observa a pele, passa a mão pelo tronco, e diz: “está desidratada”; coloca uma dose abundante de hidratante na mão. Massaja toda a pele, veste-a e posiciona-a – “está confortável”? (olha-a nos olhos e a Sra. faz o mesmo e os olhos brilham).

Competências / Factos relevantes

Princípios chave da prestação e gestão de cuidados

– Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.

Comunicação e relações interpessoais

Interações:

Díade observacional

Análise inferencial:

As interações responsabilizam os profissionais pelas funções autónomas.

Para construir e utilizar as suas competências o profissional tem necessidade de atribuir significado – a quem servem as suas competências? Para que desafios vão contribuir? Estão em conformidade com a sua reflexão ética? Em que é que são úteis socialmente? (le Boterf, 1997).

O sentido atribuído à acção de cuidar torna presente o verdadeiro papel do cuidador. Promove a centralidade dos cuidados na pessoa, ser-no-mundo, refere-se a um modo especial de ser-em-relação e a um olhar com consciência (Watson, 2002). É ver o outro, diferente de nós e, por isso ou apesar disso, respeitá-lo como sujeito e cidadão, ou seja, pensando e sentindo de maneira complexa.

Quando se toma consciência da forma que se cuida e se cuida com intenção, existe um sentimento de bem-estar, como refere um enfermeiro.

“Sinto-me bem quando faço estas coisas ao doente. Sei que isto proporciona bem-estar, vejo que ficam bem. Eu fiz um curso de massagem e sempre que posso faço, mas nem sempre tenho tempo.” Entrevista etnográfica

A diversidade de conhecimentos e o contributo de outras áreas para o bem-estar, tem-se tornado implícito na bagagem do enfermeiro, apesar de, como constatamos, faltar a capacidade de afirmação na sua aplicação, pela aplicação e tempo utilizado e satisfação do doente.

Como diz Collière (2003), o cuidar é criar no quotidiano e exige uma grande atenção e uma análise fina com base em conhecimentos de diversas áreas, é assumpção do que é necessário para o doente. Estes são cuidados fundamentais de manutenção da vida⁵ e que envolvem cuidados de estimulação, de desenvolvimento e de acompanhamento e conservação.

Os cuidados traduzem-se em momentos reconfortantes para o doente: “*Obrigada sr enfermeiro(a), estou muito bem*”. Fala-se de uma acção de bem-estar, proporcionado pelo enfermeiro, onde, segundo Costa (s.d.) o cuidado é sempre interactivo, o enfermeiro e o utilizador de cuidados ajudam-se mutuamente no desenvolvimento, na actualização e na transformação mútua e ainda, o cuidado só se alcança pela abertura íntima ao outro (o eu e o alter), pela determinação da partilha de técnicas, ideias, conhecimentos e, incondicionalmente, emoções, construções, sentimentos e vivências.

O tempo parece ser em muitas situações a resposta a um cuidado menos cuidado. De qualquer forma, o tempo que se passa junto do doente, seja qual for a situação é o momento certo de estar, de ser enfermeiro e de cuidar. O modo como se está na situação de cuidado determina, no tempo que se tem, o modo de ser enfermeiro.

⁵ Collière (2003), define a natureza dos cuidados em: cuidados de estimulação – centrados no despertar das capacidades fundamentais; cuidados de conforto – cuidados que permitem adquirir segurança, que favorecem a integração da experiência; cuidados de manutenção da vida – sustentam e mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades da vida quotidiana; cuidados de parecer – contribuem para construir e valorizar a imagem de si; cuidados de compensação – visam substituir o que não foi adquirido ou foi perdido parcialmente; os cuidados de relaxamento – proporcionam alívio e relaxamento;

Observação

Os enfermeiros prestam cuidados ao doente. Muitos fazem-no, de acordo com a situação do doente, em silêncio. Quando questionados referem nem sempre ser importante para os doentes, outros ... (entretanto a Sra. fala alto, mas nada se percebe) parece falar de escada...

A Enf. R. chega perto dela, debruça-se sobre a cabeça e fala-lhe olhando no rosto: - o que quer? Escadas? Está no hospital! (a Sra. levanta a mão e a Enf., não deixando de a fixar, agarra a sua mão) – sim, está no hospital e já lhe demos o banho. Agora vai sentar-se; só mais um pouco. (fala calma, baixo, ao nível da doente, debruçando-se sobre ela).

Inferências

O espaço íntimo da acção de cuidar promove o cuidar individualizado.

O silêncio é, em determinadas situações, utilizado sem significar ausência do cuidado desde que faça parte da diversidade dos saberes para cuidar, como o espaço físico, o tom de voz, a massagem, o toque, enfim, os meios de chegar ao doente e de se transcender.

A presença de momentos não verbais, manifestados pelo toque, por gestos singulares, pela proximidade do contacto, em momentos que se reflectem como promotores de um bem estar durante o cuidado higiene e conforto, reflecte a capacidade de mobilização de saberes em situações complexas, fruto de um percurso experiencial e da atribuição de sentido à acção de cuidar. Os momentos presenciais de atenção e a atribuição de sentido transportam nos gestos a essência que caracteriza o cuidado do especialista do conhecimento. Este gere o gesto, o modo, a solução a aplicar, em suma cuida de forma global, com competências do domínio da prestação e gestão dos cuidados “ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados (...) aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas” (OE, 2003:19). Tem uma visão holística centrada nas necessidades do doente, situando-se o cuidar no paradigma da integração onde a enfermagem tem o significado de “agir de acordo com a vontade da pessoa” (Kèrouac, 1994) Como se constata é um estar lá, no gesto, no toque, na postura e na proximidade.

“A conversão por gestos está na origem de qualquer linguagem. Ela é modelo de qualquer comunicação e a “essência da significação” já que comporta os dois aspectos de qualquer processo social: a reacção de adaptação do outro e a antecipação do resultado do acto: “através do gesto , a significação implica uma referência ao resultado do acto social que aquele indica ou desencadeia ; o outro reage adaptando-se a esse gesto : esta reacção é a significação do gesto.” (Dubar, 1997:92)

As necessidades do doente são avaliadas em intervenções ajustadas “coloca almofadas, coloca os pés sobre almofadas, apresenta rubor ...massaja...aplica...posiciona...valida...”está bem assim”?

<p>Observação</p> <p>A Enf. S retira a fralda, pega numa toalha com água e lava a zona perineal e limpa-a. Coloca na mão creme e vit A misturado e massaja a região sacro coccígea.</p> <p>- Digo-lhe: é algo de especial?</p> <p>- Não, ele apresenta rubor e não gosto de pôr só vit A que é difícil de tirar, assim junto é mais facilmente absorvido e hidrata-a; com a massagem que faço parece ficar bem.</p> <p>Massaja durante algum tempo, muda-o de posição, coloca uma almofada atrás e outra entre as pernas. Fica posicionado em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda flectida e a direita estendida.</p>
<p>Competências / Factos relevantes</p> <p>Prestação e gestão de cuidados - execução</p> <p>Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alterem</p>
<p>Inferência</p> <p>Responder em situações inesperadas do doente promove o bem estar físico.</p>

O sujeito, na visão de complexidade de Morin (Petraglia, 2000) é capaz de uma relação de alteridade, em que estabelece relações onde se transforme, superando-se interferindo e modificando o meio. Enquanto privilegiado de acção, o silêncio caracterizado por uma conversa privada, de maior amplitude de tempo, possibilita a execução da acção de acordo com o adequado a cada doente. Segundo (Argyris, 1991) o espaço das nossas conversações privadas define os limites das possibilidades da acção.

<p>Observação</p> <p>Diz-me:</p> <p>- Este doente que pode ter uma sonda para um mês, mas faz f. e outra medicação que obstrui a sonda com facilidade: assim, vou colocar-lhe uma sonda maior e muda-se de 7 em 7 dias podendo ir até 10 dias. Para ele é melhor, menos traumatizante e em casa, com o centro de saúde, depois verão a melhor forma.</p>
<p>Competências / Factos relevantes</p> <p>Prestação e gestão de cuidados – avaliação</p> <p>Avalia e documenta a evolução, utiliza os dados da avaliação para modificar o plano.</p>
<p>Inferência</p> <p>A avaliação do doente perspectiva a continuidade dos cuidados.</p>

Analisa com base na interacção, na observação e nos conhecimentos sobre o processo de saúde / doença e toma decisões de forma autónoma ou interdisciplinar “contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, mantendo relações de colaboração; participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente; revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde” e “avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados” (OE, 2003: 21-23).

1.5. MOBILIDADE

Como veremos na continuidade do desenlace de cada situação, a mobilidade ⁶ outro foco frequente de intervenção, é caracterizada no serviço enquanto intervenção do enfermeiro por:

“Vigiar a mobilidade (força muscular (graus), amplitude articular, equilíbrio sentado, equilíbrio de pé, deambulação, posicionamento)

Posicionar em ----- de -----em-----horas

Assistir a mudança de decúbito de ----- em -----horas

Executar técnica de mobilização passiva (durante a higiene, posicionamentos, x ---- m no turno ----)

Executar técnica de mobilização activa assistida (durante a higiene, posicionamentos, x----m no turno da-----)

Assistir a mobilização activa de ----- em -----horas” (CHMT, 2007:39).

No entanto, alguns enfermeiros apresentam constrangimentos nas respostas às necessidades do doente, nomeadamente na mobilização, pelos recursos existentes no serviço não serem compatíveis com o peso e a dependência de alguns doentes enquanto outros ultrapassam a situação “*Nós levantamos aqui todos os doentes desde os que pesam 120 kg aos 40 kg*”

“Estou cansada e farta disto! Doentes muito pesados; estão mal; dantes não os levantávamos a todos mas agora...é mesmo uma exigência...- então e onde está a qualidade dos cuidados que tanto se quer? Diz a AAM. - e os riscos profissionais, não contam? O que é certo é que se

⁶ “Mobilidade é um tipo de Actividade Motora com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação” (CHMT, 2007:113).

não tomarmos uma posição drástica e dissermos que não levantamos os doentes porque não temos condições... talvez oiçam. - O elevador nunca mais vem. Não acham necessário porque não conhecem a situação. Tivemos um de um laboratório, mas depois levaram-no; houve um do hospital de Tomar mas sem instruções de uso. E é assim". Entrevista etnográfica

"Porque em termos de livro, nós fazemos formação e sabemos o que é melhor para eles. Nós achamos que...o que nós aqui fazemos é realmente como está nos livros. Nós levantamos aqui todos os doentes desde os que pesam 120 kg aos 40 kg. e isto sem elevador..., mas não deixamos de fazer." Entrevista semi estruturada Enf B.

A principal razão relaciona-se com o grau de dependência e obesidade de alguns doentes. No entanto, o foco mobilidade é objectivo prioritário no serviço enquanto prevenção de úlceras de pressão. A existência de recursos não adequados cria uma situação de ambiguidade face ao cuidar do outro em detrimento da saúde pessoal.

Apesar deste facto, o recurso a múltiplas estratégias e recursos existentes, visam responder aos objectivos do serviço, como observamos no posicionamento do doente, no banho na cadeira de rodas, ou maca banheira e no levantar e passagem para o cadeirão.

Observação

Existe algum silêncio face à doente enquanto se processam os cuidados. Posiciona a D F na cadeira de rodas após o banho na casa de banho; preparam a cadeira; colocam o lençol; posicionam a Sra. em pé:

– Fazer carga D F, vamos por de pé;

A Sra. está cansada, no entanto coloca-se na cadeira e tapa-a com um cobertor.

Competências / Factos relevantes

Prestação e gestão de cuidados – princípios chave da prestação de cuidados

Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas.

Ajuíza e toma decisões

Observação

“Coloca um lençol no cadeirão, sentam a senhora, a AAM vai buscar a banda para imobilização, a enfermeira imobiliza e diz: assim fica melhor”

No fim no cadeirão

– Ah! Não tem escova de dentes! (Vai buscar a escova e a pasta dentífrica).

- Dê-me a sua placa e a outra também. (lava a placa na casa de banho e coloca na boca do doente).

Quando a acção de cuidar faz apelo ao que é singular, à individualização da pessoa pela alteração ou aparecimento de um novo foco, o *habitus* de cada enfermeiro permite inovar apenas naquilo que o torna singular na acção, não implicando mais do que flexibilizar, ou em situações novas, efectuar adaptações a novos esquemas, que se adaptam, estabilizam, enriquecem e diversificam o *habitus*. Desta forma, os saberes procedimentais vão evoluindo com o ciclo de vida profissional. São situações de cuidados, que apelam à reflexão na acção, concretamente na alimentação, na higiene e na mobilidade e na terapêutica, como constatámos “*massaja lentamente os pés e zonas de pressão*”.

No entanto, no dia a dia do serviço, nem todas os doentes são alvos de levante, pelas características da doença / diagnóstico médico.

Muitos permanecem na cama. Neste caso, os cuidados à pessoa dependente são mais exigentes pelo risco de zonas de pressão. Como constatamos, a alternância de decúbitos com dispositivos auxiliares de posicionamentos como as almofadas, a utilização de placas de gel e de colchão de pressão alterna, além de massagem e aplicações de coloides tópicos em zonas de risco, constituem factores da individualização de atribuição de sentido e que contribuem para o bem estar global “*é só para ficar mais confortável, irá ver que fica melhor (...) fica tranquilo e com uma postura mais relaxada*”.

Observação

Vou à enfermaria. A Enf. está com a AAM a posicionar um doente – alterna para decúbito lateral direito. Pergunto:

- É o posicionamento das 12h? Diz-me:
- Este Sr. marca com muita facilidade e então é posicionado com maior frequência. Coloco-lhe uma almofada entre as pernas. (A AAM vai buscar. A Enf. massaja os pés com t.:) pergunto-lhe:
- Qual o efeito?
- É mais para ajudar à massagem (massaja lentamente os pés e zonas de pressão – aumenta a pressão com os dedos; o Sr. parece queixoso durante o posicionamento). A Enf. diz:
- Sr. M. é só para ficar mais confortável, irá ver que fica melhor depois. (O Sr. depois fica tranquilo e com uma postura mais relaxada quando a enfermeira o deixa).

Competências / Factos relevantes

Comunicação e relações interpessoais

Prestação de cuidados

Inferência

A atribuição de sentido à acção de cuidar promove o bem-estar global

Nesta situação de permanência no leito, a prevenção de úlceras de pressão faz apelo à observação sistemática do estado de nutrição e de hidratação da pele do doente. Este facto traduz-se na intervenção global individualizada do doente, contribuindo, desta forma, para a prevenção das úlceras de pressão, como se constata na entrevista:

“Ao meio dia colocamos os doentes em dorsal – os que comem. Aqueles que estão entubados ou não comem, retiramos-lhe as almofadas e aliviamo-los. Às 13,30-14h fazemos então o posicionamento de todos”.Entrevista etnográfica

1.6. ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

A situação de doença exige uma actividade terapêutica, que se constituiu como um dos momentos alargados no tempo das oito horas do serviço. As normas definidas, desde a prescrição, à requisição à administração, constituem momentos aparentemente rotineiros. Tudo se faz por esquemas integrados. Sabe-se o que a norma dita, tem-se um saber incorporado do tipo de medicamento, via de administração, diluição, enfim... mas a especificidade da situação do doente? O que fazer?

Existe uma avaliação que em cada momento mobiliza como já referimos, e reforçamos a mobilização de um saber empírico, o qual, não dispensa a avaliação global do doente e a validação com os dados objectivos do seu comportamento. É, como refere Perrenoud (2002:145), para ajustar a acção à singularidade da situação, é importante tomar consciência daquilo que ela tem de banal. Essa familiaridade é que mobiliza os esquemas construídos e dissuade o enfermeiro de se questionar e de decidir.

Não basta administrar a terapêutica. Dentro do âmbito das denominadas intervenções interdependentes existe uma dimensão autónoma que, não deixando de ser decorrentes de prescrições de outrem, dependem da observação, análise e tomada de decisão do enfermeiro. Que estratégias mobilizar? Tem bomba infusora? Administra-se directamente? Tem condições para ser administrada a terapêutica? Qual a reacção do doente à terapêutica?

Todas estas questões estão presentes num acto, aparentemente rotineiro mas integrador de questões pré reflexivas presentes em cada momento, estruturantes da capacidade da tomada de decisão.

Observação	
O Enf. J. prepara a terapêutica. Certifica o medicamento, procura na gaveta do doente respectivo, dilui o antibiótico, e dirige-se à enfermaria. Tem bomba infusora. Retira o soro em curso e diz Sr. M vai fazer este medicamento agora. Certifica-se da permeabilidade da veia e tudo está bem. Coloca, o número de gotas. O outro frasco quase no final coloca no lixo – saco branco e volta a preparar a terapêutica de outro doente.	
Competências / Factos relevantes	
Prestação de cuidados – execução	
Implementa os cuidados de enfermagem planeados	
 <i>“Fez alteração no cartão da dieta, ficando de acordo com as necessidades do doente – diabética (diz-me: não tem lógica dizer uma coisa à família e fazermos precisamente o que não deve ser feito, mas o cartão não estava bem e já o alterei). Em plano refere: reforçar o ensino sobre o funcionamento da máquina de avaliação da glicemia”.Entrevista etnográfica.</i>	
Observação	
A enfermeira aproxima-se de outro doente e avalia a TA, saturação e o pulso; diz-lhe quase ao ouvido: - Hoje está de olhos abertos, está melhor! (O doente sorri); quando a sua esposa vier vai dar-lhe um beijinho; (ele ri-se)!	
Competências / Factos relevantes	
Prestação de cuidados – execução	
Implementa os cuidados de enfermagem planeados	
Inferência	
A resposta às necessidades sentidas pelo doente implica uma resposta verbal ou não verbal, mas de agradecimento.	

A par de uma administração que aparentemente se visualiza como rotineira, existe em cada acto o cuidado, a individualidade, o significado a atribuir. São pequenos gestos que fazem a diferença. Um olhar atento, um toque no braço que se vai puncionar, a certificação da permeabilidade da veia, são gestos que no cuidar individualizam a acção e que se relacionam com um conhecimento prévio do doente e da situação. Parece podermos falar duma das características da complexidade definidas por Morin (1997) e que constatamos na especificidade do cuidar, na auto-eco-organização. Ou seja, contextualizada e globalizada, enquanto acto face a cada pessoa e na sua adaptação sempre contextualizada ao meio.

1.7. A PASSAGEM DE TURNO

A passagem de turno, como momento de interacção com reflexão sobre e para a acção, mobiliza situações vivenciadas e promove a sua partilha. É caracterizado pela situação do doente mas, também, por tudo o que possa ter tido significado para o enfermeiro. Estas situações referem-se não só ao doente, como à família, à equipa, ou a qualquer assunto de interesse para todos.

É essencialmente caracterizada por reflexão sobre e para a acção, processo de análise, reconstrução e reformulação da prática visando um planeamento futuro e a tomada de decisão face ao doente. Neste processo o enfermeiro lidera e, enquanto tal, decide, planeia e toma decisões face à continuidade de cuidados. Faz uma análise retrospectiva e prospectiva de cada doente quando operacionaliza o plano de cuidados. Este facto mobiliza o conhecimento global da situação, a identificação dos recursos do doente / família e da rede social de apoio, e integra as normas da organização, perspectivando o agir profissional, ou seja, mobilizando a reflexão para a acção.

Observação

Efectua de forma sistemática uma apreciação sobre os dados relevantes e formula um plano de cuidados.

Em relação à alta falei com a esposa e no dia 12 (lê as notas) a filha deixou o emprego para vir cuidar dele para casa.

Competências / Factos relevantes

Prestação e gestão de cuidados – colheita de dados

Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.

Inferência

A colheita de dados visando a alta, promove uma adequada continuidade dos cuidados.

Observação

Está algaliado, é para manter? J – atenção, está algaliada no domicílio. Dx na ordem dos 230...240..., M -ela já era diabética?

S (aluna) – a filha já sabia porque perguntou-me como andava a diabetes. Enf. será que a infecção tem a ver com isso?

Competências / Factos relevantes

Gestão de cuidados – cuidados de saúde interprofissionais

Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.

Inferência

O trabalho em equipa promove o desenvolvimento dos diferentes elementos e a complementaridade dos cuidados.

Estes promovem momentos individuais, partilhados e colectivos de reflexão que além de se situarem no âmbito restrito do doente, se projectam para a comunidade, enquanto colectivo de trabalho com atribuição de significados. Este conjunto reflexivo e de significados articulados integram-se no domínio da reflexividade hermenêutica de Giddens (Lash, 2000).

Observação
O Sr. C. – a Enf. A fez ensino ontem. Elas treinaram o uso da máquina. As filhas fizeram avaliação da glicemia e foram orientadas para a consulta no Núcleo de apoio ao diabético; tem dieta fraccionada para diabéticos.
Está ansioso por ter alta e tem receio de não cumprir; vai hoje para casa. Tem Dx descontrolado, tem 280 ... fez sempre insulina.
Deve avaliar-se de novo e reforçar com as filhas.

Competências / Factos relevantes
Prestação de cuidados – promoção da saúde
Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. Trabalha em colaboração com outros profissionais.

Inferência
A resposta às necessidades do doente uma perspectiva holística, promove a continuidade de cuidados.

Observação
J – tem banho na casa de banho com apoio.
Enf. mas eu não sei se não mudaria este plano, eu levo-a à casa de banho de cadeira de rodas;
Enf. J – mas está muito sonolenta. É bom veres antes de ires dar o banho.

As situações de partilha de conhecimentos sobre factos e a comparação com outras situações, permitem perspectivar novas formas de cuidar à pessoa e com a pessoa, no colectivo de trabalho, em situações semelhantes.

A tomada de decisão no planeamento, envolve situações directamente relacionadas com a intervenção do cuidar no doente e a análise das diferentes variáveis verificadas no turno. No caso do planeamento da capacitação do cuidador é evidenciado o contacto com o doente / família e a análise sobre o comportamento verificado durante a intervenção “*Elas treinaram o uso da máquina. As filhas fizeram avaliação da glicemia e foram orientadas para a consulta (...) deve avaliar-se de novo e reforçar com as filhas*”. Em situações da continuidade dos cuidados no serviço a situação pode implicar reflexão conjunta para a tomada de decisão “*tem banho na casa de banho com apoio (...) eu não sei se não mudaria este plano (...)*”.

Por outro lado, a interacção com o doente não se restringe ao contacto directo com este, faz apelo à proximidade com a família. Durante os cuidados ou através do telefone. O enfermeiro constitui-se como elemento de ligação.

A relação com a família é enfatizada no serviço. A visita de familiar é permitida desde que não interfira com a organização do serviço e com a situação do doente. A mesma é efectuada pelo contacto com o enfermeiro responsável ou através do telefone móvel com o doente.

Observação

10h- Vem uma visita ver a D. F. a Enf. Coloca a Sra. no corredor; são 10,30h a secretária de unidade leva o telefone junto da Enf. R. É o filho da D F, podes atendê-lo?

- Sim claro, dirige-se para junto da Sra. puxa uma cadeira, senta-se e diz: - D. F é o seu filho. (fala com o filho ao telefone).

- Sim, ela está bastante cansada hoje – (fala calmamente ao filho da Sra. e coloca-lhe o telefone para falar com o filho). A Sra. fala quase de forma imperceptível

- Pronto eu falo com o seu filho, está cansada; no entanto está a reagir bem à terapêutica, poderá telefonar mais logo ou amanhã. (Desliga o telefone).

Competências / Factos relevantes

Prestação e gestão de cuidados – princípios chave da prestação e gestão de cuidados

Actua como um recurso para os indivíduos e para as famílias.

Inferência

O enfermeiro ao avaliar as necessidades da pessoa promove a ligação com a família.

O enfermeiro favorece a interacção, muitas vezes num processo de parceria com a família nos cuidados, como posteriormente veremos nas díades a analisar.

1.8. PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

Outra das dimensões do cuidar é a preparação do regresso a casa. Este momento, como temos verificado, inicia-se no momento da admissão. A colheita de dados e os diagnósticos efectuados de forma sistemática promovem um continuum de identificação, preparação e trabalho em conjunto para o momento da decisão. No entanto, como observámos, nem sempre a equipa médica responde ao mesmo objectivo, dando alta e informando a secretária de unidade, sem interacção com o enfermeiro responsável *“as altas são dadas sem qualquer informação nossa” “eu não sabia de nada. Isto passa-se n vezes”*.

Observação

A Enf. A e C conversam. Estão zangadas. Dizem: *“as altas são dadas sem qualquer informação nossa; vejamos hoje o Sr. da cama 9 (4ª feira). Deram-lhe alta; por acaso vai para o lar, mas se não fosse? Ninguém se preocupava com a família, ensinos e o que se passa? Há dias eram 4h da tarde e a secretária de unidade diz-me está aqui a filha do Sr. X que tem alta; eu não sabia de nada. Isto passa-se n vezes; a chefe não tem força para impor isto”*.

Este facto, face ao que temos vindo a analisar, parece colocar a questão na definição, na articulação dos diferentes actores, dos objectivos e das intervenções a efectuar, bem como integrar o significado comum atribuído à essência dos cuidados. Parece-nos, neste momento que, em relação à preparação do regresso a casa, existe uma realidade no serviço que deve ser trabalhada face ao significado existente e que interfere com o bem estar do doente, como no caso do doente com dor e na interacção com outros técnicos.

Estas situações causam, na maioria das vezes, sentimentos de insatisfação profissional, uma vez que há protocolos no serviço cuja operacionalização nem sempre é bilateral e confrontam o enfermeiro com situações pouco confortáveis relativamente ao doente e família, como constatamos *“preocupamo-nos e parece que nem nos ouvem”, “ não devo fazer o que não me pertence”*.

*“há situações que apesar de dizermos olhe que tem dor, será importante colocar algo para... ou ainda falta contactar a família ou outra situação assim, e parece que nem nos ouvem. Às vezes é frustrante...”*Entrevista etnográfica.

Observação

A Enf. está aborrecida. As técnicas do laboratório pediram-me para colher sangue; fiz isso, disseram-me para utilizar as etiquetas e depois vêm dizer que não o devia ter feito. Mas afinal, não devo fazer o que não me pertence. Colaborar e depois é isto, se não se faz, é falta de respeito.

Competências / Factos relevantes

Gestão de cuidados – cuidados de saúde interprofissionais

Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.

A consciência da existência de significados não partilhados na equipa do serviço é constatada nas entrevistas etnográficas, como uma necessidade de gerir instabilidades, indefinições, ser ponto de equilíbrio entre posição médica e necessidade do doente / família e gestão de protocolos, factor, muitas vezes, de desmotivação e conflito entre o pessoal e o profissional “*É uma instabilidade que também temos de gerir (...) nós, como sempre vamos desculpando o que às vezes não tem desculpa*”. Estes factos levam-nos a questionar a partilha de significados conjuntos, os valores e missão do serviço, com os diferentes intervenientes no processo:

Os momentos de instabilidade são gerados sobre factos reais de respostas geradas na situação e por vezes contraditórias “a equipa médica é muito instável. Tanto corre tudo às mil maravilhas, (...) como passado um bocado já nada é assim, não ouvem, destabilizam”.

Às vezes não os (médicos) entendo. É uma instabilidade que também temos de gerir. Ou ouvem e tudo está bem ou pura e simplesmente ignoram, o que nada podemos fazer. Mas é certo que os familiares às vezes perguntam e nós, como sempre, vamos desculpando o que às vezes não tem desculpa” Entrevista etnográfica

“a equipa médica é muito instável. Tanto corre tudo às mil maravilhas, ouvem, dão resposta ao que dizemos sobre os doentes, problemas do serviço, respeitar normas (...) como passado um bocado já nada é assim, não ouvem, destabilizam... enfim. Até isto tenho de gerir” Entrevista etnográfica – enfermeira chefe

Observação

E -Mas eu pensava...Tudo é muito bonito, mas na maioria das vezes não funciona; há coisas em protocolo, por exemplo TA quando estabilizado durante 3 dias podemos alterar; no entanto chegamos a fazer isso e depois chegam cá e querem ver a TA! É muito importante, muito importante e no entanto passaram dias sem ver o doente e eu digo lhes isto!!!

Constatámos a ausência da comunidade reflexiva de Giddens ou campos especialista de Bordieu (citado em Lash, 2000), dado haver manifestações visíveis de significados não partilhados, falando em equipa multidisciplinar do serviço de medicina. Perante tal facto, parece-nos cada vez mais ser necessário trabalhar em conjunto a melhoria dos cuidados, o que só se consegue quando existir

articulação entre os diferentes profissionais e forem definidos claramente os objectivos a atingir. Este facto é por vezes conseguido como a seguir veremos, ligado quer a pessoas, quer a momentos, mas não no todo de uma equipa.

A nível da equipa de enfermagem existe uma colaboração e interacção visando um objectivo comum de inter-ajuda, o que demonstra a importância e o significado da comunicação no processo de cuidar.

Na preparação do regresso a casa a capacitação do prestador de cuidados⁷ tem como intervenções: ensinar, treinar ou instruir e perspectiva uma articulação de cuidados. nestas situações constata-se partilha de significados e trabalho em equipa de modo a atingir o objectivos proposto.

⁷ Papel de Prestador de Cuidados é um tipo de Interação de Papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família (CHMT, 2007:193).

Observação

Tem ensinos, eu programei para as 10h, o banho é na maca, mas hoje é na cama, porque há muitos.

A alimentação é por sonda, eu não programei...

M – mas se eu tiver tempo faço tudo;

G – Nunca me façam isso! É montes de informação junta;

M – está algaliado, é para manter?”

Competências / Factos relevantes

Prestação de cuidados – planeamento

Formula um plano de cuidados.

Inferência

O plano de cuidados promove a continuidade de cuidados

Este e outros motivos que suscitam a reflexão prolongam-se no tempo, na passagem de turno e implicam a tomada de decisão, a interdisciplinaridade, com a mobilização de contributos de outras disciplinas, como constatamos no discurso da enfermeira-chefe, especialista em enfermagem de reabilitação.

Na presença desta, os momentos de partilha colectivos promovem aprofundamento de conhecimentos e, quando efectuado pela enfermeira chefe, realça os saberes, introduz um saber na, sobre e para a acção, reforça o processo de segurança e consciencialização profissional.

Observação

E1 Sr.ª X – posicionar, banho na cadeira de banho;

E2 - tem pensos? (pergunta a colega);

E1 - não, não são hoje, mas podem proteger-se.

E2 - Não tem problemas em relação à alta; vive com o filho.

Sr. António – dormiu bem, mantém disartria e hemiparesia; deve ser posicionado com ajuda total; é ainda problema;

Enf. chefe – como ele tem movimentos a nível de ombro e cotovelo fazê-lo efectuar auto mobilização para ele interiorizar a posição em que deve estar; deve entrelaçar os dedos e ele próprio efectuar a mobilização.

E - Ele não gosta de estar em repouso. Está algaliado, tem diurese, - não seria bom retirar a algália?;

Enf. chefe – era bom ver se tem problemas anteriores, e as dejectões?

E1 – Ah

Enf. Chefe – então há que ver isso...

Competências

Prática profissional, ética e legal

Responsabilidade

Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.

Nas situações problema, como a identificada anteriormente, faz apelo à compreensão do outro, à compreensão do papel de cada um, só explicado na relação com o papel do outro, em suma, à transdisciplinaridade no sentido da autonomia e do bem comum. Estas situações promovem a tomada de decisão, factor decisivo para o cuidar profissional. Desta forma, os enfermeiros aplicam o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas, o juízo e a tomada de decisão; a organização do trabalho e a gestão eficaz do tempo e interpretação dos dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista a prestação de cuidados seguros, facto estes explicitado pelo perfil de competências do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2003). No entanto, apesar de verificarmos momentos de partilha entre elementos das diferentes equipas, de enfermagem e médica, nem sempre tal acontece na dinâmica da equipa de saúde, como se pode constatar na entrevista médica.

“a equipa médica nem sempre funciona, veja como estamos aqui. Visita médica? Discussão de casos? Temos internos e o que se faz? Devíamos discutir casos, situações como uma informação médica, uma carta de alta, etc. e não. Eu trato dos meus doentes, aí sim... eu estou cá, dou o meu telefone, chamam-me mas mais...” Entrevista etnográfica – médico.

Como refere Tavares (1996), a partilha do trabalho faz apelo à vivência de princípios éticos e morais do mais alto nível, pressupondo que a dignidade e a vida humana são mais importantes que a propriedade e, caso a partilha não exista, poderemos assistir à imposição da autoridade ou da própria situação. O facto de não existir estruturalmente a complementaridade entre as duas equipas, poderá levar a algum constrangimento na tomada de decisão da equipa de enfermagem.

Na gestão de cuidados, o domínio dos diferentes tipos de conhecimento, dos recursos existentes e do processo do doente operacionaliza-se nos registos originando um agir profissional, por vezes transferível, generalizável ou diferenciado, em presença de singularidades de cuidados. Como observámos, a singularidade da situação é objectivada para além da resposta interna do serviço, criando-se a visão da resposta integrada à continuidade dos cuidados.

Observação

Enf. A ligou para o lar de S.Gião e falou com a enfermeira (Irmã), pergunta se efectuem a terapêutica prescrita – ferro EV. A Enf. do lar diz que é possível administrar desde que leve as ampolas do hospital. A Enf. A. tratou de tudo com a farmácia e estabeleceu o circuito da aquisição do medicamento. Caso não o fizessem no lar, deveria voltar ao hospital de dia. Assim, vai fazer no lar e está tudo tratado.

Competências / Factos relevantes

Prestação de cuidados – planeamento

Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação.

Inferência

A responsabilidade pelo doente promove a garantia da continuidade dos cuidados em casa.

Observação

Helena – Os ensinamentos estão todos feitos, falta mesmo o ensino sobre a higiene; e quando se fizer o ensino da mobilização e levantar e implicá-los no fazer, talvez venham a ter mais consciência do que é necessário fazer. Eu expliquei-lhe que o AVC é uma doença que se instala mas não ficam internados mais do que 6/7 dias.

A visão do sujeito de cuidados situado a nível micro – interações no contexto de cuidar, sob a influência dos níveis meso (relações sociais e normas de serviço) e macro (objectivos da organização, resposta da comunidade) promove o desenvolvimento de competências. As competências co-produzidas são inéditas e não resultam de competências pré-existentes; as competências de adaptação são resultado de uma situação nova que necessita apenas de adaptação, e as competências de transformação são resultado de situações inéditas que põem em causa os modelos habituais de acção (Wittorski, 1998).

Desta forma estamos, mais uma vez, no domínio da complexidade, onde as partes se interligam de forma dinâmica com todas as dimensões e em função do todo, o sujeito de cuidados. O enfermeiro

integra o domínio da tomada de decisão, mobilizando a reflexão sobre e para a acção numa perspectiva do agir na continuidade dos cuidados.

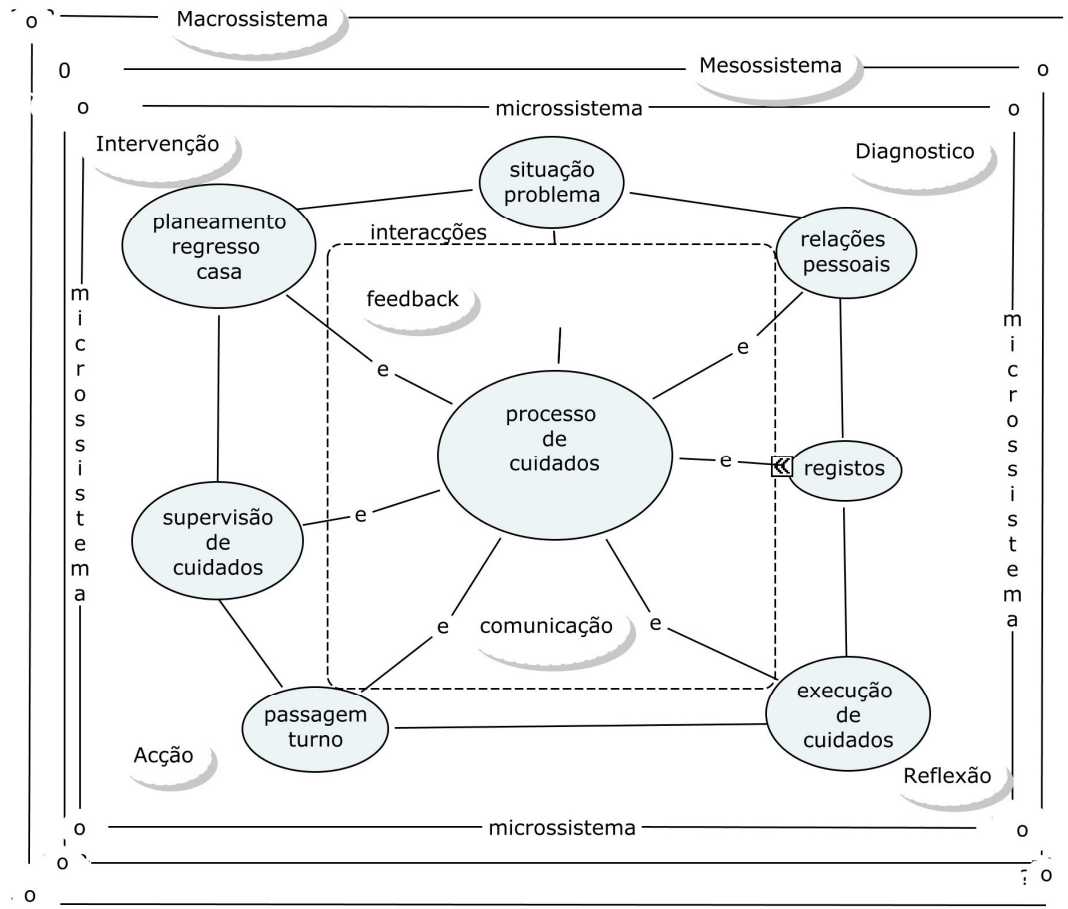
Paiva (2006) salienta a experiência e o reconhecimento de padrões enraizados nas tomadas de decisão passadas, como essenciais na ligação de eventos passados e presentes, como cruciais à tomada de decisão intuitiva.

Assim, a tomada de decisão é determinada por:

- Um campo da prática evidenciado por um habitus de cuidar, o qual promove a socialização do conhecimento e a passagem do conhecimento tácito a tácito;
- A Gestão de cuidados com base no método de enfermeiro responsável;
- Conhecimento da visão, missão e objectivos da organização;
- Um processo de cuidados baseado numa prática estruturada que promove esquemas integrados de acção suportados por:
 - Definição de objectivos;
 - Focos de intervenção identificados;
 - Intervenções definidas;
 - Planeamento de acções;
- Análise das situações de cuidados com mobilização de reflexão, na, sobre e para a acção com evidências na prática;
- Execução do plano de acção individual;

A intervenção a nível da singularidade da pessoa, como elemento transformador e promotor de mudança no outro, mobiliza um conhecimento científico, estético e ético rigoroso, contextualizado sob a influência do sistema meso e macro que, enquanto tal “estruturar as essências e os seus matizes, o universal e o singular, em soluções nas quais os princípios permanecem, mas os modos de os concretizar não podem ser outra coisa que não standard”, princípios estes indutores da competência profissional (Sá-Chaves, 2002:497). É neste conjunto de dimensões que o processo de cuidados se constitui central na dinâmica do serviço (Diagrama 18). Tem interacções ao nível dos vários sistemas, sendo por isso caracterizado por um processo sistémico e sistemático de diagnóstico, hipóteses, intervenção e avaliação ou acção, reflexão, acção e suportado pela comunicação e feedback.

Diagrama 18 – O processo de cuidados na interacção diádica de cuidados



Neste momento, e continuando na complexidade das interacções e do percurso que temos vindo a desenvolver, passaremos à análise do processo diádico de cuidar, evidente num processo desta natureza em que as interacções são a base de todo o processo.

Em síntese, a estrutura do processo de cuidar focaliza-se no modo como a interacção se organiza. Existe uma estrutura que tem por base um saber implícito pluridimensional que, pela mobilização dos recursos inerentes ao cuidar, quer sejam cognitivos, afectivos, relacionais ou físicos e a tomada de consciência dos mesmos, possibilita a adequação a cada doente e família. Estes momentos, quando explorados e partilhados, desenvolvem a reflexão no colectivo, a análise da experiência e, ao (re)construírem, promovem a singularidade da acção e a sua transferibilidade, ou seja, as interacções moldam-se ao contexto e são moldadas por este ao mesmo tempo que o renovam.

Pelas razões inerentes ao processo de interacção, nenhuma delas é desprezível antes, constituem um agir na acção, caracterizado pelo *habitus* existente e esquemas integrados ou, quando em situações singulares, a adequação ou a integração de novos esquemas. Este facto justifica a possibilidade de mudar o *habitus* mesmo, a nível do colectivo, se forem proporcionados momentos em grupo e com situações reais e vividas.

No cuidar individualizado, o enfermeiro:

- Mobiliza as competências pessoais na interacção entre o conhecimento intra pessoal, o significado construído pelo próprio na relação com o meio e a relação interpessoal.
- Atribui significado à acção de cuidar, nos gestos, na proximidade, na interacção e na preocupação em promover o bem-estar no doente.
- Evidencia condições interiores de aptidões pessoais, com uma orientação do olhar para além da perspectiva particular onde se desenvolve a acção.
- Mobiliza comportamentos que fazem apelo à adequação de esquemas, tornam-se transferíveis, generalizáveis ou diferenciados, havendo um processo reflexivo que apela à singularidade da situação de cuidar.
- Centraliza os cuidados nas necessidades da pessoa;

Este processo integra-se, não só, a nível de cada enfermeiro mas, no todo do serviço, envolvendo o colectivo em interacção para o bem comum que é o bem-estar do doente e família.

CAPÍTULO II

A INTERACÇÃO DIÁDICA DE CUIDADOS

AS DÍADES DE CUIDADOS

O processo de cuidar, como temos vindo a analisar, envolve o contexto, uma comunidade da prática com significados; os actores, profissionais de saúde, que, dado o *habitus*, desenvolvem um conjunto articulado de etapas como observação, diagnóstico, planeamento, execução, avaliação, orientado por acção, reflexão, acção visando a continuidade de cuidados. Nesta circularidade integramos o feedback com os parceiros de cuidados, onde se perspectiva uma “acomodação progressiva mútua, entre um ser humano activo, em desenvolvimento e as propriedades mutantes dos ambientes⁸ imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive” (Bronfenbrenner, 2002:18).

Iniciámos a análise fazendo um paralelismo com uma tapeçaria com os diferentes desenhos pelo que se tornou necessário perceber a sua particularidade / singularidade na articulação do conjunto.

Estamos no domínio do cuidar, onde ocorrem as díades definidas por Bronfenbrenner como sistemas de duas ou mais pessoas caracterizadas por relações recíprocas e com propriedades diádicas, ou seja, quando um elemento passa por um processo de desenvolvimento, o outro também passa.

Nesta perspectiva ecológica, o sujeito surge como actor do seu próprio processo desenvolvimental, num ambiente que se confina ao contexto imediato, com relações entre os sujeitos e em interacção com os vários contextos (transições ecológicas), sendo o desenvolvimento explicado no quadro da

⁸ Ambiente, é entendido como um local onde as pessoas podem facilmente interagir face a face (Bronfenbrenner, 2002).

interacção entre o sujeito e o seu ambiente (Portugal, 1992; Alarcão e Sá Chaves, 2000, Bronfenbrenner, 2002).

As interacções em saúde são a base do cuidado e envolvem o enfermeiro e o doente, ou qualquer outro membro da equipa. Ao falar de interacções, falamos num processo de relação, de comunicação, de feedback, de um processo diádico ou triádico ou ainda de mais elementos. Falamos do processo intra e interpessoal em que cada um está presente, sente a presença do outro, influencia e é influenciado.

As interacções passam, necessariamente, por uma relação entre duas ou mais pessoas e, de acordo com a sua progressão, envolvem diferentes graus de desempenho profissional. São promotoras do desenvolvimento humano e ocorrem por motivação da pessoa e pela forma como é envolvida em actividades com níveis de complexidade semelhante ou mais elevadas. As díades verificadas no contexto ocorrem entre vários elementos:

- Díade observacional
- Enfermeiro / doente / família
- Enfermeiro / estudante
- Díade de actividade conjunta
- Enfermeiro / estudante
- Enfermeiro / enfermeiro
- Enfermeiro / médico ou outro técnico da equipa.
- Enfermeiro / doente / família
- Enfermeiro / AAM.
- Díade N+2
- Díade primária

Por norma, uma díade evolui para uma díade de actividade conjunta, onde ambos os participantes se percebem fazendo algo em conjunto e, posteriormente, em complementaridade.

Falamos do serviço de medicina hospitalar, enquanto microssistema, onde analisaremos as diferentes díades observadas. Temos vindo a constatar que, o serviço envolve, além de relações interpessoais, actividades e papéis onde os momentos vivenciados traduzem transições ecológicas, especificidade do microssistema de que nos fala Bronfenbrenner.

Pelas características do serviço, os profissionais articulam-se em torno da resolução de problemas complexos onde a capacidade de combinar o conhecimento, a experiência, o *habitus* do serviço e as normas da organização, promovem a comunicação e a tomada de decisão na equipa. Envolvem um olhar conjunto, uma reflexão na, sobre e para a acção e a identificação de lacunas entre o esperado e o resultado presente. São situações de cuidados onde o enfermeiro mobiliza competências dos

princípios chave, da prestação de cuidados, da formação contínua, da responsabilidade, da promoção da saúde, da execução de cuidados e da avaliação.

A articulação no processo de cuidados e a combinação das competências individuais dos diferentes intervenientes projectam-se em diferentes díades. Analisar estas interacções e o modo como a transformação do conhecimento acontece é o caminho desafiante da trajectória investigativa.

Numa primeira fase, existe transformação do conhecimento de tácito para explícito (externalização), normalmente na interacção com estudantes e familiares ou cuidadores informais. Existe uma chamada à consciência do conhecimento e a sua sistematização de modo a ser claro para o outro. Analisamos este aspecto do cuidar enquanto processo de cuidados. Pode também ocorrer, sem definirmos prioridade, a transformação do conhecimento de explícito em tácito (internalização) resultado da mobilização do conhecimento e da sua interacção com a aplicação à complexidade do contexto.

1. O ENFERMEIRO E O DOENTE / FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA

Continuando o nosso percurso, confrontamo-nos com um cuidar em interacção, quer com o doente quer com a família, característica diária da prestação de cuidados do serviço de medicina.

São doentes, na maioria idosos, dependentes, com elevados déficits auditivos, visuais e cinestésicos e a necessitarem de respostas personalizadas. No entanto, como o processo de desenvolvimento se processa ao longo da vida em interacção com o meio imediato, estamos, enquanto enfermeiros, num processo diádico e de desenvolvimento. A comunicação é central na interacção. Compartilham-se mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo existir influência no comportamento que, por sua vez, reage a partir de crenças, valores, história de vida e cultura.

O desempenho do enfermeiro relaciona-se com a participação do doente em actividades que promovem o seu envolvimento, enquanto gerador e mobilizador dos seus próprios recursos, como a seguir observamos.

“Estar com”

Cuidar, neste contexto, é, como observámos, “estar com” o doente mais do que fazer por”; é comunicar, é trocar significados.

Durante a higiene e a alimentação, a atribuição de sentido do que se faz, do como se faz e das suas repercussões no comportamento do doente valida a eficácia da comunicação. Existe troca de mensagens linguísticas e não linguísticas (gestos, sorriso), existe desenvolvimento e uma relação próxima.

São manifestações de comportamento como gestos, expressões faciais, orientações do corpo, posturas, e a própria distância entre ambos, características duma comunicação não-verbal, que interferem no cuidar além da forma verbal de se expressar.

No entanto, a questão parece colocar-se na natureza das significações trocadas, das razões da troca e dos seus efeitos (Beaudichon, 2001).

Estamos no domínio da comunicação que, além da intencionalidade, exige clareza, ou seja, que haja atenção conjunta. Percebemos este facto pela resposta não verbal evidenciada pelo toque, o falar, o olhar, a escuta e a proximidade com o doente “*fala junto à face e fala-lhe baixo. A Sra. é surda, (aumenta o tom)*” “*olhe para mim e abra os olhos*”. O feedback da mensagem e do seu significado, “quer enquanto processo (dar e receber), quer enquanto resultado (aumento do poder

pessoal, da motivação, da eficácia, do desempenho, etc.)” (Neves e Simões, 2006:87), contribuiu para a autoconfiança, a abertura e adaptação no relacionamento interpessoal.

Observação

Enf. C. (Prepara o material para dar o banho na cama à Sra. G., lava-lhe a cara, fala junto à face e fala-lhe baixo). A Sra. é surda, diz (aumenta o tom);

- Não percebe? (Lava-lhe os ouvidos com a manípula e limpa com a toalha);

- Está sujo. Ah! Tem cera! (vai buscar a caixa das cotonetes e uma toalha de papel. Limpa o ouvido. Utiliza 3,4 7 ...enfim uma infinidade) – está muito sujo. (debruça-se e diz): - ouve melhor?

- Estou surda!

- Claro, tem muita cera no ouvido. (limpa o outro também; continua o banho), como é possível?

Desta maneira ...vamos ver o que é possível... (a Sra. olha-a e sorri).

Competências / Factos relevantes

Prestação de cuidados – execução

Implementa cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.

Observação

Volta-se para a Sra. e diz:

- D. X pegue a Sra. no copo, assim, diz (dá-lhe para a mão e ajuda-a), coloque o cotovelo aqui e eleve-o (apoiado no braço da cadeira) – então, já bebeu? Não?!! Vá tudo para dentro, olhe para mim e abra os olhos (mantém-se de olhos fechados, ajuda-a mais uma vez) – faça agora sozinha (a Sra. faz o gesto um pouco desordenado, a Enf. concerta o babete e ajuda-a), (A Sra. olha a enfermeira e esboça um sorriso, não fala).

As interacções promovem um diálogo desejável, verificável na existência de um código digital⁹, expresso pela adequação dos gestos e o sentido implícito da acção por parte do enfermeiro, reforçando a significação, além do código analógico, sempre presente neste tipo de interacção e fundamental na atribuição de sentido, como se observa:

Observação

A Enf. A tem a cadeira hidráulica preparada. Volta-se para a Sra. que é dependente e está deitada e diz para a AAM - vou trocar e vai na cadeira de banho; volta-se para a Sra. e diz:

- Em casa andava?

- Sim.

- Então vai levantar-se e vai na cadeira de banho e depois fica sentada. (troca a cadeira, passa um pano turco com desinfetante na cadeira). Levanta-a. Faça força (coloca-se à sua frente, ligeiramente flectida e agarra-a pelos cotovelos. Entrelaçam os braços, agarrando-se pelos cotovelos). Sim ótimo. (A Sra. roda e é colocada na cadeira de rodas).

O modo como o enfermeiro comunica – habilidades, estratégias, recursos características da linguagem verbal, não verbal e para verbal, identificados a partir da interacção e adaptada ao doente, determina a competência da comunicação. Consta-se que sabe o que fazer, como o fazer e quando o fazer (Beaudichon, 2001).

⁹ O modo como comunicamos envolve a análise de sinais e códigos não verbais utilizados. A comunicação não verbal, geralmente global, corresponde a um código analógico, enquanto a comunicação verbal envolve um código digital, cada vez que a significação é articulada e declinada nas suas diversas partes (Beaudichon, 2001)

Giarse sugere que um "observador atento consegue ver no outro quase tudo aquilo que o outro está escondendo - conscientemente ou não. Assim, tudo aquilo que não é dito pela palavra pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma do gesto ou na atitude do indivíduo" (Silva, et al, 2003:4)

"Olhe e digo, estou surpreendido pela positiva; estou mesmo encantado; as enfermeiras e as AAM, um profissionalismo e uma eficácia; tratam-nos a todos por igual". Entrevista etnográfica a um doente "

Qualquer interacção com o doente resulta na manifestação de um comportamento, independentemente do tipo de comunicação. A veia que se procura, o braço que se toca, a roupa que se afasta, as palavras que se dizem, o olhar que se cruza, são comportamentos e formas de comunicação. Como refere Palo Alto (Dias, 2006), as palavras, gestos, mímica ou o silêncio que impomos na relação com o outro assumem a classificação de mensagem, onde tudo é comunicação – logo, não podemos não comunicar. Todo o nosso estar, mesmo sem consciência, é motivado pela comunicação "aquilo que de mim eu menos conheço é o meu principal veículo de comunicação" (Giarse citado em Silva, et al, 2003:4)

Observação alargada

Enf. A – (Volta-se para o senhor e diz-lhe calmamente), depois lava os dentes depois do pequeno-almoço;

Com outro doente volta-se para ele e diz:

- Vamos tomar o pequeno-almoço;

- Já comi diz o senhor;

- Já? Mas parece não lhe ter tocado, não gosta? Prefere outra coisa? É que para tomar os comprimidos convém ter o estômago com comida;

- Mas não quero;

- Então tem de tomar os comprimidos (e dá-os à boca. O Sr. engole e sorri).

Observação focada

- Vou procurar uma veia. Então o que se passa? (olha para a senhora, que o fita), levou as veias e não as trouxe? Vou tentar neste braço agora.

Dá a volta à cama, mas não consegue

– Deixe-me ver os seus pés; (destapa-a) vamos ver estas pernas como estão (destapa-a e procura veias. Ele tenta mais uma vez e não consegue. A Sra. fita-o e segue os movimentos e não fala).

Considerando a prioridade das respostas a este tipo de pessoas doentes, a singularidade das situações, a personalização dos cuidados, por um lado e por outras as exigências do serviço, os

profissionais verbalizam “há uma grande exigência. Também verifico que há muitos registos, muito papéis e que por vezes o tempo que estamos com o doente é pouco (...).

“Há uma grande diferença na minha experiência enquanto aluna e agora enquanto profissional, neste serviço. Aqui há uma grande exigência. Também verifico que há muitos registos, muito papéis e que por vezes o tempo que estamos com o doente é pouco. Há pessoas que por vezes querem falar e temos que cortar porque depois falta-nos o tempo para outras coisas.” Entrevista etnográfica

“Eu penso que o apoio que eles necessitam nem sempre dou. O Sr. X que já cá está há muito tempo precisa de falar comigo mais tempo e nem sempre o fazemos.” Entrevista etnográfica

A mobilização de um saber empírico ligado ao que deve ser feito, um saber ético centrado na dimensão dos julgamentos e valores morais e de um saber pessoal resultado da interacção com o doente mobiliza capacidades, habilidades e um saber característico da arte de cuidar.

Intencionalidade

Nas interações entre o enfermeiro e o doente verificamos que, o enfermeiro considera o doente enquanto elemento activo com recursos que mobiliza, promovendo um processo de acomodação, ou seja, um processo em que existe uma influência mútua, portanto, um processo bidirecional, isto é, caracterizado por reciprocidade.

O enfermeiro mobiliza o conhecimento que tem sobre o doente e o conhecimento prático na acção e age potencializando as suas capacidades. Numa interacção próxima, o significado atribuído pelo doente é percebido pelo enfermeiro através de feedback manifestado: no sorriso, no olhar ou na comunicação não verbal. Estas manifestações constituem-se em actividades molares que, segundo Bronfenbrenner, são situações percebidas com um significado e com uma intenção que, pelas suas características, se transpõem além do momento vivido. Estas pertencem ao domínio dum processo continuado que se traduzem em situações gratificantes para ambos e potencializadoras de desenvolvimento, como verificamos na expressão:

“Umas enfermeiras são mais sérias do que outras, mas tanto são assim para uns como para os outros. Vejo que existe rigor no que fazem. A forma como fazem as coisas... eu já estive hospitalizado em outros lados, mas é diferente. Fico feliz e estou contente”. Entrevista etnográfica - doente

“Sabe às vezes até fico a pensar, todos tão mal, veja os meus companheiros.... Todos quase a bater a bota, mas eu também não sei se vou primeiro, mas são todos tão novos, penso deve ser muito difícil, nunca pensei, mas tem de se estudar porque isto não se aguenta assim de qualquer maneira”. Entrevista etnográfica-doente.

O comportamento humano verifica-se nos significados atribuídos por ambos, manifestando-se num processo de feedback que, por sua vez, mobiliza novas formas de estar e de agir. O enfermeiro mobiliza estratégias de acordo com a interacção e o modo como interpreta a situação.

Como refere Littlejohn (1988), existe uma cooperação entendida como forma de ler as acções e intenções da outra pessoa e responder de um modo apropriado, ou seja, este facto constitui a essência da comunicação, característica do interacccionismo simbólico, necessário ao acto de cuidar. A comunicação que existe entre o enfermeiro e o doente e onde se expressam pensamentos, sentimentos, ou intenções, constitui o nível inter-subjectivo (Magalhães, 2005), ou seja passa-se numa interacção onde se passa do estado do “eu” para o estado do “nós”.

Neste mesmo sentido, a investigação de Costa (2002) refere que as actuações do enfermeiro são caracterizadas pelo efeito terapêutico da alimentação e da relação, pelo efeito regenerador do cuidado de enfermagem no conjunto de preocupações com os idosos e pelo efeito educativo e compreensivo sobre os estilos de vida dos doentes.

É num contexto de interacção, de normas e padrões, de critérios, de intervenções, de tomada de consciência do que se tem a fazer e de significados partilhados que, como constatamos, se constrói o processo de desenvolvimento de actividades diádicas de cuidar.

Os cuidados aos doentes fazem parte de um *habitus*, característico do serviço, de uma comunicação interpessoal e frequente e com significados partilhados, onde os participantes se tornam mutuamente dependentes e as suas actividades mais mutuamente previsíveis, aumentando assim, quer a inter-subjectividade¹⁰ quer a subjectividade genérica¹¹.

As higiene mobilizam uma relação específica do cuidar em enfermagem. As diferentes estratégias mobilizadas, as intervenções definidas e os resultados esperados integram um modo de ser e de estar neste serviço.

As higiene, enquanto acto em si, integram esquemas de acção. No entanto, a singularidade de cada pessoa e a utilização do método de enfermeiro responsável, promove a mobilização de outros

¹⁰ Inter subjectividade – relação entre, pelo menos, duas pessoas que comunicam os seus pensamentos, sentimentos ou intenções, passando a interacção do estado do “eu” ao estado do “nós”. É o nível onde a realidade social começa a emergir.

¹¹ Subjectividade genérica – corresponde a sistemas sociais onde os seres humanos já não estão presentes, foram substituídos por papéis ou identidades.

formas de estar e de adequar esquemas, o que parece fazer a diferença no modo de cuidar. Neste contexto, considerar o outro como exterior a si, ter consciência de si e do outro, da influência do meio e das tarefas a executar, constitui o que Grau (s.d) define de, nível de consciência do profissional e que constatamos na seguinte observação, enquanto um “cuidado” ao corpo com *“movimentos suaves, gestos curtos, precisos, promovendo o relaxamento – braços ao longo do corpo, mãos abertas”*.

Observação

Chega a maca banheira com a Sra. e a AAM. (é uma senhora muito emagrecida, pouco reactiva e está entubada, vem tapada com a toalha. À cabeça traz outra toalha).

- Vamos colocar o colchão?

- Então vou buscar o colchão do Sr. J

Colocam o transfer e mudam a senhora para a cama. A enfermeira limpa-a e pede o creme. A enfermeira pega no creme e com as mãos massaja toda a região dorsal e membros. Posiciona a senhora com suavidade; gestos curtos, precisos e suaves. A Sra. no final relaxa o corpo, deixando cair os braços ao longo do corpo, abrindo as mãos confortavelmente. A Enf. diz:

- Fica bem.

O cuidado, sendo prestado com uma atenção particular, promove um conhecimento do outro, da sua situação particular de doença, dos detalhes específicos para poder adaptar e reajustar os saberes ao cuidado específico e mobilizar estratégias diversificadas visando a pessoa e avaliar as acções implementadas. A procura das melhores respostas às necessidades do corpo e da pele responde a um conhecimento empírico analisado na situação. No entanto, como se constata, nem sempre a comunicação verbal está presente em muitos dos doentes que cuidam. Estamos no domínio do conhecimento estético em que o modo e a arte de comunicar fazem apelo a outros domínios do conhecimento do enfermeiro. Considerando que a capacidade de ouvir e compreender o outro inclui não apenas a fala mas também as expressões e manifestações corporais, como elementos fundamentais no processo de comunicação, o estudo da linguagem corporal assume um papel importante na descodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais. Podemos constatar este facto durante a alimentação, onde se proporciona um momento de desenvolvimento ao e com o doente, como se observa:

Observação

A Enf. C dá a papa ao doente.

- O Sr. comeu sozinho até aqui, mas agora sou eu que lhe acabo de dar; não consegue dar a volta com a colher; para eles é difícil.

- Então, quer água? Ótimo. “o doente não consegue manipular bem a colher e a Enf. C faz por ele, com calma e tranquilidade, falando suavemente.”

A resposta do doente reflecte-se na aceitação positiva e incondicional, no cumprimento de ordens dadas pelo enfermeiro e na manutenção da postura. No entanto, este facto é realçado pela partilha de significados. A linguagem não verbal e a sua compreensão determinam, por vezes, a intervenção de acordo com as necessidades do doente. A manifestação de interesse por parte do enfermeiro é reconhecida pelo doente e expressam-na de forma gratificante.

Só conhecendo o doente e tendo consciência da missão do cuidar, é possível estar perante uma interacção diádica de cuidar onde existe um processo de desenvolvimento.

A interacção está presente no olhar atento do doente e é validada pelo enfermeiro quando a sua atenção se centra no doente. Compreender na expressão do olhar o que a voz não entoa, constitui mais um desafio no cuidar em enfermagem. Nesta situação, a tomada de consciência permite atribuir significado ao cuidado. Esta interacção tem por base uma relação simétrica, em que se pretende minimizar a diferença ou promover a igualdade como na observação verificada ou uma relação complementar, onde as partes ocupam posições diferenciadas. A utilização frequente da forma “nós” na relação com o doente é, segundo uma investigação no âmbito da linguística dos enfermeiros, uma forma de socialização com o doente pela assumpção do plural, conferindo poder à pessoa doente, isto é, um reforço positivo atribuído nas etapas de progresso no processo de doença e torna-se promotor de interacção e factor motivacional de mudança (Rosa, 2007)., logo factor de desenvolvimento mútuo: *“vamos ver estas pernas”; “vamos tomar o pequeno almoço”*.

No entanto, o sentido atribuído ao cuidado pelos enfermeiros enquanto interacção diádica é, muitas vezes, relacionado com o tempo dispensado e o modo diferente de poder cuidar porque, quando o fazem com intenção, sentem satisfação e vontade de repetir *“efectuarmos algo com o doente (...) : observamos na sua cara a satisfação ... prestarmos atenção, só penso que deveria repetir o mesmo”*.

O cuidado efectuado com sentido e com intenção reflecte-se no outro e no próprio como vivido, experienciado, um cuidado fenomenológico.

“Nem sempre temos tempo de fazer o que achamos que devemos fazer. Mas quando acontece efectuarmos algo com o doente e observamos na sua cara a satisfação de lhe prestarmos atenção, só penso que deveria repetir o mesmo outras vezes. Entrevista etnográfica.

Este processo é observado nas díades entre o enfermeiro e a família durante a higiene onde se identifica um agir comunicacional na acção como promotor do desenvolvimento do outro, baseado no modo como o enfermeiro age no tempo da interacção. Este tipo de interacção contribui para a aquisição de esquemas de acção, resultado de uma socialização com o cuidar na situação, no treino

de situações que, quando integrados, promove o desenvolvimento de actividades molares, facilmente observáveis quer no familiar quer no doente. Estas situações relacionam-se com o transfere e o levante, integrando especificidades de cada situação e mobilizando recursos favoráveis ao desempenho das mesmas “*pegar na cintura; colocar bem à sua frente; rodar*”; “*levantar-se com ajuda do andarilho*”, além da utilização de cadeira, cadeirão, cadeira de rodas ou almofadas.

O desenvolvimento de capacidades e de recursos identificados e agir em conjunto (existência de intenção) promove o desenvolvimento de transições ecológicas que resultam na capacitação do próprio, do cuidador e do próprio acto de cuidar.

Observação

Filha -como faço para o transferir da cama para a cadeira?

Enf. - a altura da cama é assim? Deve colocar a cadeira desse lado.

Filha Ah! O comportamento está diferente.

Enf. - Pois é!

Filha - Isto é que é um problema, porque ele não está a ajudar a dar uns passinhos; deixou de ajudar (e tenta mostrar como fazia sozinha com o pai em casa). A Enf. faz com que a senhora exemplifique e coloca o Sr. em posição.

Enf. – A partir de agora terá que pegar nele desta maneira, de frente, com as calças vestidas pega-lhe na cintura, coloca bem à sua frente e roda. Pega-lhe na cintura coloca bem à sua frente e roda.

Filha – Sim, mas ele está muito diferente, e agora?...

Observação

Então é hoje que se vai levantar? Não, porquê? Tem que tentar. Já está há muito tempo na cama e tem que se levantar. Vá, limpe lá agora. - Sr. Manuel vai para o cadeirão, antes vai levantar-se com ajuda do andarilho. Senta-se à beira da cama. Agora põe os pés no chão, “não calço os chinelos porque a chefe refere que é importante ter o contacto com o chão”.

O Sr. põe-se de pé; vê que tem força? - Ah, mas não consigo! - Não? Então quem andou foi o Sr.

Vamos lá... agora tem de se colocar no cadeirão; vamos lá pôr de pé e rodar. Ah, consegui!

O questionamento, a comunicação de informação relevante, adequada e compreensível, tranquiliza o doente, demonstra interesse e envolvimento na situação e estrutura a preparação do regresso a casa. Nesta situação é necessário, muitas vezes, a introdução de um outro elemento, assumindo o processo uma ordem mais elevada de complexidade. Nestas situações, as díades verificam-se com um elemento da família ou qualquer outro cuidador informal, como se constata no envolvimento de família e no treino de situações: “envolve a filha no banho na cama” “*Agora eu lavo deste lado e quando voltar lava desse*”. As sequências operativas identificadas nas diferentes situações e sistematizadas pelo enfermeiro envolvem um conjunto de acções que podemos enumerar como:

- Identifica focos de intervenção;
- Define resultados esperados / objectivos comportamentais;
- Identifica recursos do doente / família;
- Treina com o outro “fazer com”;
- Instrui “fazer assim”;
- Valida “Faz para eu ver”

Observação

A Enf. envolve a filha no banho na cama a dar ao Sr. M. Diz:

- Arranja a toalha e a roupa que vai precisar. Tem a bacia com a água para lhe dar o banho. Põe tudo junto a si. É mais fácil.

- Sim, sim, estou a ver...(diz a senhora).

- Agora eu lavo deste lado e quando voltar lava desse. Se ficar na cama deve colocar as almofadas assim... (exemplifica posicionando o Sr. com almofadas. Uma atrás maior, outra entre as pernas... a perna de trás esticada, a que fica por cima flectida, aqui a almofada para não estar em contacto com a outra perna... .Agora vamos colocá-lo no cadeirão.

Ajuda-a (filha do senhor) a transferir e sentam o doente no cadeirão;

- Viu como o deve segurar? E rodar? Quando o deitarmos vai fazer novamente.

- Sim eu fico aqui sentada. Posso?.

Instruir, Treinar, Capacitar

A integração da família na díade, promovendo a capacitação dos mesmos, é favorecida pela estrutura física do serviço. As enfermarias são constituídas por seis camas, individualizadas por uma cortina que envolve a cama do doente. Possui espaço suficiente para a prestação de cuidados, o que promove a individualidade e intimidade do doente. É neste espaço mais restrito ou na enfermaria, como espaço mais amplo, onde existem dois cadeirões, mesa de refeição do doente, lavatório e casa de banho onde ocorrem as díades com a família / cuidador. Estas podem, no entanto, desenvolver-se em qualquer outro espaço do serviço desde que reúna as condições ao objectivo a atingir. A enfermaria é um lugar agradável, com condições físicas e materiais que responde às necessidades do doente e da família promovendo sentimentos de satisfação. A capacitação do doente e cuidador face ao regresso a casa, neste serviço, parece diferenciar-se do que foi constatado por Costa (2002), em que o hospital se apresenta um lugar agressivo para os doentes idosos e enfermeiros, com repercussões no trabalho de ambos.

Neste sentido, a integração da família nos cuidados promove a díade observacional com a exemplificação no banho e posicionamentos, ou seja, promove a socialização do cuidador com os cuidados a prestar. Posteriormente, o cuidador age em complementaridade, promovendo a evolução

desta díade para a díade de actividade conjunta. A integração progressiva deste nos cuidados, em graus de complexidade elevada, promove um cuidado personalizado, a continuidade dos cuidados em casa e a promoção de díade primária, o que se verifica nas palavras de satisfação da família ou do doente, “Estamos muito satisfeitos” “*Não sei quando sai mas vamos já tratar de tudo*”.

*“Estamos muito satisfeitos. Já sei que o meu pai não vai ser o mesmo e até já me ensinaram a levantá-lo da cama. Mas parece que vai melhorar mais um pouco, mas vamos ter de arranjar alguém. Não sei quando sai mas vamos já tratar de tudo. Aprendi a dar o banho na cama. Em casa também não vai ser fácil, vou ver o centro de dia e os meus irmãos também. A minha mãe não pode”*Entrevista etnográfica – família.

“ Já estou melhor (mostra-me a perna); estou muito melhor; isto foi hoje do banho (esfalelo na zona do eritema), já me levanto (levanta-se), e não me dói nada; já ponho a perna no chão (coloca a perna e anda para eu ver); penso que me querem dar alta. A Sr.ª. Enf. mandou-me tomar banho sozinho. Estou mesmo bem.” Entrevista etnográfica – doente.

A interacção entre o enfermeiro e a família / cuidador referem-se, essencialmente ao auto-cuidado de higiene do doente dependente em grau elevado. As intervenções promovem o treino do prestador de cuidados na actividade física, transferir-se, rodar-se, posicionar-se e deambular, bem como no auto-cuidar, comer e na gestão do regime terapêutico. Os enfermeiros, ao integrarem os familiares ou seus substitutos nos cuidados, fazem-nos de forma planeada, de acordo com as disponibilidades do familiar e conhecimento dos recursos existentes, agindo enquanto promotor de saúde e gestor de cuidados (OE, 2003).

“Não nos falta nada, sinto-me bem, tenho tudo, como, sou bem tratada, vejo até televisão e tenho companhia de todos. Só às vezes existe barulho ou dos doentes ou mesmo no corredor, mas tem de ser assim, não é?” Entrevista etnográfica – doente

As dinâmicas interactivas constituem-se além do racional, demasiado emotivas onde a gestão das emoções e o distanciamento da situação nem sempre é fácil. Estas situações relacionam-se com o doente em fim de vida ou morte, ou situações de maior sofrimento. Nestas ocorrem, por vezes, o isolamento do doente por parte da família e também do profissional com algumas manifestações de fuga. No entanto, as funções inerentes e as questões éticas levam à compreensão dos modos individuais de intervir e das suas representações e ajudam os familiares na gestão de emoções. O serviço permite a permanência do familiar mesmo durante a noite e o cartão de acompanhante é facilitador para a família. Como refere Gardner (Goleman, 1995:60) o cerne da inteligência

interpessoal inclui “ a capacidade de discernir e responder adequadamente aos estados de espírito, temperamento, motivações e desejos das outras pessoas”. Apesar do esforço efectuado pelos enfermeiros na resposta a dar aos familiares, não deixam de referir o seu envolvimento com o doente o que, também para eles é complicado “*os familiares procuram-nos e nós também estivemos com o doente e não é fácil*”.

A gestão destas emoções depende da idade do doente e da situação familiar vivida. Como refere Sá Chaves (2002), um tipo de intervenção que procure minorar o sofrimento precisa de “elevados níveis de empenhamento, de competências comunicacionais e relacionais de profundo impacto e alcance, de formação e desenvolvimento de matriz interpessoal, que garantam ou pelo menos favoreçam a possibilidade do encontro, da troca e da dúvida” (Ib. Opc.:110). O serviço está preparado para favorecer a presença dos familiares, o que nem sempre é utilizado por aqueles “*A família tem vindo mas também evita ficar*”, “*no cartão de acompanhante, pode ficar cá de noite*”.

Para os enfermeiros a situação de morte não é fácil, como para qualquer pessoa. Muitos vivenciam pela primeira vez no serviço esta situação, constituindo-se como um socialização primária, onde a reflexão sobre a situação conduz à assimilação e integração de esquemas. Além deste facto, o enfermeiro é o recurso psicológico para os familiares, pois a ausência de psicólogo transpõe esta situação para quem, numa primeira linha, se encontra em interacção. Estes factores partilhados na passagem de turno, mostram a presença de algum sentimento de fuga “*até pensei nisso antes de vir*” “*“vai ser comigo ...não acredito . Deixei pensei na noite... está bem... vá... continua”*”.

Estas situações mobilizam o equilíbrio entre o racional e o emocional. O modo e a capacidade de raciocinar sobre as experiências emocionais e de responder de forma adaptativa constituem o sucesso da interacção intra e inter-pessoal.

Observação

Chego ao serviço e identifico algumas senhoras que conversam no corredor. Estão no corredor dos quartos individuais. Falam baixo, conhecem os enfermeiros, estão familiarizados com o serviço. Tento perceber a situação e constato que um senhor de 86 anos está em fim de vida e foi, há 3 dias, dada a possibilidade de ficar um familiar durante a noite, mulher ou uma das filhas. Durante o dia foi permitida a presença de mais do que um membro da família e participam nos cuidados ao doente. O senhor está consciente e a família está muito reconhecida. Tento perceber e verifico que é possível esta situação no serviço desde que haja quarto individual e a situação o justifique.

Observação

Na passagem de turno falam sobre o Sr. T. que está muito mal. A família tem vindo mas também evita ficar. Penso que estará para breve, mantém o O2, está entubado, mas os valores que apresenta.. podes consultar. A respiração está ofegante,

- Bem... já sei ...eu até pensei nisso antes de vir... Vai ser comigo ...não acredito . Já ontem quando o deixei pensei na noite... está bem... vá... continua...

“Nestas situações, é sempre complicado. Somos nós que temos de dar resposta aos familiares mais próximos e ao doente. Nem sempre temos preparação para isso, mas não temos psicólogos, e às vezes é mesmo complicado. Os familiares procuram-nos e nós também estivemos com o doente e não é fácil.” Entrevista etnográfica

“ com doentes em fase terminal há uma maior abertura, se bem que eu também acho que a nível da equipa de enfermagem de medicina nota-se que há uma grande abertura no acompanhamento, no cartão de acompanhante, em ficar cá de noite.” Entrevista semi estruturada B

A capacidade de reflectir em conjunto permite tomar consciência das próprias emoções e sentimentos e contribui para o auto-conhecimento e gestão das próprias emoções.

“No serviço reflectimos. Sim, quando há uma situação destas, quando morre um familiar próximo da enfermeira, a equipa está mais sensibilizada para certos casos de doentes que cá estão, mas também tem muito a ver com a idade do doente: se é um doente jovem, temos tendência em envolvermo-nos mais que o nosso trabalho está a ser compensado por parte das outras pessoas; também há famílias que nós achamos que estamos a fazer tudo por aquele doente e a família não se quer e não pode envolver-se ou tem dificuldade em envolver-se a nível emocional.” Entrevista semi estruturada f B.

O modo de estar e agir dos enfermeiros, percepcionado quer pelos familiares quer pelos próprios doentes, verbalizando sentimentos de gratidão, de partilha e de vivências em conjunto com a equipa contribuem para uma vivência comum desta situação. Têm a percepção do trabalho dos enfermeiros e nas suas descrições identificamos o conhecimento, a preparação técnica e as capacidades para o cuidar autêntico, objectivado na performance e validada pelo sujeito alvo dos cuidados “*Eu vejo, tanto faz ser na manhã como na noite*” “*não imaginava o trabalho que estas enfermeiras têm, não param*” “*gosto do modo...como me tratam*”.

A interacção, a proximidade e a avaliação de juízos efectuados e partilhados são fundamentais num processo desta natureza “*Parece-me que não tem dor mas,...tem dor? Onde lhe dói?*” ou “- é

capaz de dizer o nível da dor?” e são percebidos pelo “modo como me tratam as enfermeiras têm bons modos e falam bem para nós”.

Observação

- Sr.^a D. tem terapêutica. Parece-me que não tem dor mas,...tem dor? Onde lhe dói? Ah! Hoje é do lado esquerdo, costuma ser do direito não é?...
 - Sim, mas hoje dói-me aqui e também aqui (aponta para o esterno)
 - É capaz de dizer o nível da dor?
-

Observação

- Próximo do ouvido diz-lhe – os valores estão bem! Está melhor!!!, o Sr. ri-se. “Gosta de estar aqui?”
- Sim gosto muito.
 - Do que gosta?
 - Do modo como me tratam as enfermeiras, têm bons modos e falam bem para nós. Não só para mim mas também para estas velhotas, vê? (uma enfermeira dá o pequeno almoço à senhora do lado e diz suavemente): (Entra uma AAM), estas senhoras também. Gosto delas, falam-me bem são boas cachopas.
 - E o tempo que aqui esteve, gostou?
 - Muito, muito. Eu tinha muito medo dos hospitais, mas hoje posso dizer que desde os “mais pequeninos aos maiores” todos nos tratam bem.
-

O modo de actuar é introduzido por McClelland na noção de performance, referenciando que não são as capacidades que os diferenciam mas sim os resultados concretos do seu desempenho.

“Para nós foi muito importante estar estes dias com o meu pai, cada noite ficava uma de nós ou a minha mãe. Fazíamos-lhe tudo. As enfermeiras entravam e cuidavam dele, faziam as coisas que tinham de fazer e nós o que podíamos. Em casa não era possível dar esta qualidade e aqui podermos estar... não sei como dizer..não tem palavras”. Entrevista etnográfica – familiar.

“Eu vejo, tanto faz ser na manhã como na noite. Uma noite destas caiu um Sr. na enfermaria ao meu lado. Parecia que os enfermeiros e as auxiliares estavam ali ao lado. Vieram logo e levantaram-no.” Entrevista etnográfica - doente

“Como se tem sentido aqui na enfermaria? Muito bem, não tenho nada a dizer, só não imaginava o trabalho que estas enfermeiras têm, não param. É tudo muito pesado e muito dependente, sinto que há pessoas doentes e que se descontrolam demais. Fico admirado com o trabalho que têm. São todas tão novas e há doentes que nem eu imaginava que pudessem estar na situação que estão. É preciso saber para estar aqui... só assim devem aguentar.” Entrevista etnográfica a um doente

Em síntese, o enfermeiro na interacção diádica de cuidados mobiliza processos metacognitivos visíveis nos processos de comunicação, ou seja, além dos conhecimentos declarativos (o que se pode dizer a respeito das actividades em questão) e os procedimentais (que correspondem às perícias do domínio do saber fazer) mobilizam as habilidades (como é preciso agir para atingir os objectivos desejados e que meios e recursos mobilizar), fazendo a diferença entre o *knowing what* e o *knowing how*.

A capacidade de ouvir e compreender o outro inclui, não apenas a comunicação verbal, mas também as expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação. O estudo da linguagem corporal, assume um papel importante na descodificação das mensagens recebidas durante as interacções profissionais ou pessoais.

Neste sentido, e perspectivando o desenvolvimento do outro enquanto responsabilidade profissional, o enfermeiro interage com doente e familiar com:

- Consciência de si – conhece os parâmetros do comportamento humano de modo a evitar projecções e identificações ou outras transferências.
- Consciência do outro – possui todas as informações sobre a pessoa de modo a ajudar a evoluir no seu processo de saúde / doença.
- Consciência das tarefas a executar – conhece a missão, a finalidade e os objectivos – saber o que fazer com a pessoa, o que implica: identificar a missão enquanto cuidador, a finalidade da intervenção, os objectivos específicos, definir as estratégias adequadas, avaliar a acção e proceder a ajustes.
- Consciência do contexto – identifica os recursos físicos e o tempo necessário e adequado.

As interacções diádicas na díade doente / família desenvolvem-se no treino de situações sendo validadas de acordo com o *feedback* obtido.

Estas interacções promovem no enfermeiro:

- O desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais e afectivas, além das competências do domínio do saber e saber fazer;
- O conhecimento sobre a situação de saúde / doença e os recursos mobilizáveis;
- O reconhecimento da singularidade do cuidado;
- O fazer-se presente;
- O ter consciência da situação, enquanto (re)construção da acção de cuidar;
- O desenvolvimento da comunicação, sincronizando com o doente / cuidador o *feedback* do efeito educativo.

Neste processo promovem-se as díades desenvolvimentais, onde os comportamentos dos enfermeiros evidenciam os *out puts* de desempenho que, pela sua constância e regularidade, reflectem as competências (Ceitil, 2006).

2. O ENFERMEIRO E O ESTUDANTE

O hospital, enquanto instituição de saúde, constitui-se como parceiro com as instituições de formação do ensino superior na formação de futuros profissionais, nomeadamente enfermeiros.

Neste sentido, o serviço de medicina integra a vertente da parceria com algumas escolas com as quais tem protocolos que definem a participação dos vários elementos, docentes e enfermeiros cooperantes - orientadores, formadores e supervisores do ensino clínico no processo de integração dos estudantes no serviço, nos objectivos a atingir e nas estratégias a mobilizar. Os enfermeiros cooperantes são seleccionados por critérios prévios definidos entre as instituições. Neste serviço, além daqueles, a enfermeira-chefe referencia a enfermeira cooperante, de acordo com o grau de experiência, competências, motivação e estágio de aprendizagem do estudante. Alguns grupos de estudantes têm, além do cooperante-orientador, o professor em presença física. Em qualquer das situações os estudantes ficam com o enfermeiro orientador e prestam cuidados aos doentes atribuídos ao enfermeiro, de acordo com o estágio de aprendizagem e tempo no serviço.

Durante a nossa investigação, ocorreram alguns estágios de estudantes, em processos diferentes de aprendizagem. Em qualquer deles, mesmo com a presença de professores, os doentes foram distribuídos pelos enfermeiros, primeiros responsáveis do doente, tendo em consideração os focos de intervenção, as horas de cuidados e o número de doentes, além do diagnóstico médico e terapêutica associada.

Para promover a socialização no serviço existe um programa de integração que é atribuído a um enfermeiro responsável pelos estágios e que nos referiu alguns elementos que toma em consideração na sua organização:

“ Tenho duas pastas: numa - os aspectos a serem abordados e na outra – uma pasta que o serviço organiza. Fala-se de: coisas gerais e de coisas que realçam o serviço e são específicas. (...)e têm interesse (...); uma folha para a passagem de turno, de modo a perceberem as informações do doente (...) permite ver a continuidade de cuidados ao longo dos dias. Os direitos e deveres do doente e o Manual de Acolhimento, além dos deveres que achamos importante realçar. Temos uma apresentação em power point que fala das três unidades do Médio Tejo. Indica as valências, caracteriza a população. Essas coisas todas ... em termos de interiorizar ... é muita coisa. Ficam com as pastas para consulta e consolidarem os vários aspectos.” Entrevista etnográfica I

Como constatámos, esta integração é ainda acompanhada por uma recepção preparada pelos diferentes elementos do serviço. No placard lia-se: *“chegam os estudantes. Coloquem o que trazem: salgados, doces, bebidas”*. Cerca das onze horas, no dia da chegada ao serviço, juntam-se os elementos presentes e partilham o que prepararam com os estudantes. A forma de acolhimento é um factor motivacional para os estudantes, como referem: *“não esperávamos, ficámos contentes. Todos sabem que vimos para o serviço; ser o serviço a preparar esta mesa, nunca vi. É muito bom ser assim recebido”*.

Nesta sequência, uma enfermeira especialista em estágio no serviço dizia-nos *“realmente foi coisa que não me passava pela cabeça que acontecesse. Mobilizar o serviço para a recepção dos estudantes e as pessoas aderiram. É muito bonito! Ninguém que chega pode ficar indiferente, não acha?”*

Na realidade são estas pequenas coisas que caracterizam o acolhimento no serviço, facilitam a integração, promovem o cuidar do outro e a formação de díades desenvolvimentais. Assim se parte para uma díade, numa primeira fase, observacional.

É preocupação do enfermeiro que o estudante preste uma atenção ao modo como cuida, à validação dos conhecimentos que possui, à tomada de consciência da singularidade da situação, ou seja, à socialização com o modo de cuidar no serviço. Dificilmente integram o *habitus* do serviço, mas a permanência no tempo permite o envolvimento com o mesmo, sendo apreendido pelas manifestações por intermédio dos actos e das formas de inserção no contexto. O *habitus* é perceptível pelos outros a partir da relativa estabilidade das condutas de um sujeito em situações semelhantes (Perrenoud, 2001).

Existe a socialização primária quer com o espaço físico e normas, quer com o modo como se cuida relativamente a focos existentes, intervenções, estratégias utilizadas, missão, valores e objectivos do serviço.

A integração do estudante, futuro profissional, na sua cultura, é sustentada pela aquisição de modos de pensamento e de conduta em vigor no grupo social a adoptar, pela via da educação no decurso do desenvolvimento. Desta forma, a permanência e os estágios efectuados vão conduzindo este processo de identidade, de socialização ao contexto e ao *habitus* do cuidar.

Este facto é promovido por interacções com o estudante, fazer com, colocar questões, partilhar e interagir, ou seja, constrói a socialização o que passa largamente pela comunicação e esta socializa-se, adquirindo o estudante autonomia e auto-regulação das condutas a adoptar (Beaudichon, 2001). A acção ou o aprender-fazendo são os factores chave da interiorização do conhecimento

(internalização), ou seja, passar do conhecimento explícito ao conhecimento tácito e aplicado na acção.

Observação

Dirige-se a outro doente que está com uma outra aluna.

- Então, o que falta?

- Colocar a meia elástica.

- Ah! Mas tu já puseste o creme e agora será mais ou menos fácil?

- Agora é mais difícil.

- Na passagem de turno falaram da meia a garrotar. Agora pensa o que deves fazer para que seja colocada sem magoar o doente.

A promoção da díade observacional é estimulada pelo questionamento sistemático do enfermeiro, levando o estudante a reflectir na acção e a executar, factor de integração cognitiva do conhecimento. Progressivamente, é pedido ao aluno que aja em conformidade com o que aprendeu, ou seja, que efectue a socialização das acções de cuidados. É um conhecimento que é integrado na acção, que é apreendido de forma adequada à situação, o que promove a assimilação e a integração de conhecimentos. Deste modo é proporcionada a oportunidade de aprender numa sucessão de experiências, supervisionado pelo enfermeiro-orientador que permite lidar com relações de poder diferenciais, ou seja, em relação ao doente na prestação de cuidados, estando presente o enfermeiro ou ausentando-se e mantendo a supervisão.

O contacto dos estudantes com um contexto facilitador e com condições adequadas ao cuidar, que abarca significado, além de relações interpessoais favoráveis, promove a socialização primária e a identidade profissional.

Este período, não leva à criação de um *habitus* semelhante ao do enfermeiro traduzindo-se em alguma insegurança manifestada por sinais de ansiedade. Esta é manifestada por um questionamento sistemático sem qualquer relação com a acção, ou seja, antes de pensarem questionam procurando a resposta fácil, como se observa pela seguinte intervenção da enfermeira-chefe:

Observação alargada

A enfermeira-chefe diz: - vocês alunos podem interagir mais uns com os outros; primeiro, pensam; nesta fase do estágio é suposto terem mais iniciativa. Têm o vosso professor e, claro a Enf. Responsável pelo doente, mas não devem bombardear com perguntas antes de pensar o que vão fazer.

A enfermeira-chefe, elemento que supervisiona o processo, tem um olhar atento desde o primeiro momento, fazendo a ligação entre o enfermeiro e os estudantes.

Faz apelo aos conhecimentos e ao estágio de aprendizagem no serviço, promovendo a actividade cognitiva, mediada por factores da cultura do serviço. A referência ao tempo de estágio e ao modo como os estudantes interagem com o enfermeiro-orientador nas situações de cuidados, são reflectidas na sua atitude e no modo como faz apelo à reflexão sobre a situação de cuidados. Porém, o modo como os enfermeiros acompanham a prestação dos estudantes em contexto depende, quer do grupo em questão, quer da visão do orientador / cooperante como constatamos nas entrevistas seguintes:

“(...) é incrível que num final de estágio (6 semanas) ainda não saibam coisas básicas. Ainda perguntam se posso mudar o penso (adesivos) do cateter. Ora se sabem identificar sinais inflamatórios, se sabem como fazer, porque têm de perguntar? Quanto a outras situações não se preocupam em treinar aqui.”
Entrevista etnográfica

“É incrível, estou com uma crise existencial”, é o desabafo de uma enfermeira cooperante na orientação de alunos. O questionamento centra-se na atitude dos estudantes após uma formação efectuada sobre a mobilidade com ênfase na espasticidade dos doentes e também numa reflexão da capacidade enquanto formador, educador. Nesta situação, aproveitamos em conjunto para reflectir sobre o que na realidade se pode fazer para que ambos beneficiem e potencializem quer capacidades, quer aquisições e bem-estar pessoal. As razões desta não assimilação e ligação ao conhecimento na acção, por parte do estudante, relacionam-se com uma primeira experiência vivenciada. Para que esta experiência seja formadora é necessário haver um trabalho reflexivo mediado, neste caso pelo formador e que ajude à compreensão, assimilação e integração do conhecimento para posteriormente estar disponível para outras situações. No entanto, este processo só passa a estar disponível se, na realidade for compreendido, o que passa por uma estratégia de análise sistemática da situação, dos factores intervenientes e melhor resposta dada e a dar posteriormente.

Estas situações são recorrentes, o que nos leva a pensar na melhor forma de preparar o formador para a compreensão da integração da experiência enquanto elemento formador do estudante.

Outros manifestam “pouca gratificação”, provavelmente relacionado com o número de doentes distribuídos, o grau de dependência e o ritmo de trabalho que, logicamente, passa a ser diferente, por um lado, e o pouco envolvimento do estudante associado à insegurança, por outro.

No entanto, alguns encontram neste momento a expressão do seu profissionalismo e, como tal, poderem ser modelos é motivo de auto-satisfação. Estes enfermeiros têm consciência do que é ser enfermeiro, da prestação de cuidados globais como objectivo último e seguem sistematicamente o processo de cuidar.

“Quando oriento alunos posiciono-me como enfermeira. Á imagem que eu penso ser correcta. (...) sou exigente... prefiro que tenha menos doentes mas faça tudo a essa pessoa do que fazer a vários. Sou exigente mas não injusta. Se puder fazer um pouco mais não faço menos. Eu tenho 8 doentes e dou-lhe 2. Digo-lhe, tu fazes-lhe tudo avaliar, planear e executar. Há colegas que fazem assim: têm 8 e fazem tudo a meias e depois não têm a percepção do que fazem os estudantes.”
Entrevista semi estruturada A

Enquanto a função de orientador for considerada como um desafio aos seus próprios conhecimentos, ao modo como cuidam e a ser modelo para o estudante, estaremos perante as díades desenvolvimentais, promotoras de um desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do tempo, como a seguir observamos:

Observação

Enf. V – (completa informação da aluna); mantém soro em curso: “está desligado”;

- Fez f 2 vezes no turno, tem TA alta, mas como bebe bastante água...Tem mucosa oral melhorada; Faz para o urinol, fralda e cama...; então coloca fralda.

Enf V (acrescenta a informação) - Falta dizer que a D M já tem no processo que não faz a unidade de plaquetas porque já não reage e a família está informada da gravidade da situação. Disseste que ele tem sonda?

- Sim (diz a aluna);

Acrescenta a Enf.:

- Mais vale pôr dieta semi-líquida; ele recusa mesmo alimentar-se; por isso foi entubado.”

A aluna começa a ler sobre a alta, a Enf. V continua:

- A M falou com a família e combinaram falar com o dietista e marcar um dia para a família vir cá e falarmos sobre o doente e o regresso a casa.

Competências / Factos relevantes

Desenvolvimento profissional – formação contínua

Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes.

A forma de agir, de estar com o estudante, de orientar e o modo como faz, em suma, a sua postura na interacção é resultado de representações, saberes, competências e esquemas de acção.

Esta forma de estar, de análise da prática com o estudante visa uma transformação – livremente assumida – do enfermeiro. Ela pode limitar-se a modificar o olhar sobre as coisas, a compreensão do intervir, a consolidação das competências.

Perante as primeiras experiências, o relato do estudante não passa de um facto simples onde não é visível a capacidade de consciência crítica na relação entre o saber teórico e o que desenvolveu na acção.

Sendo o cuidar um procedimento complexo, ajudar o estudante a passar à etapa da consciência e da verbalização, exige um esforço obstinado e paciente, exige explicitação. Este tipo de questionamento implica ter sempre presente uma hipótese, mesmo que implícita. O enfermeiro-orientador envolve-se na situação, está ao lado, conhecedor da situação, pelo que mobiliza os focos do doente, a qualidade dos cuidados, o desempenho do estudante e os objectivos a atingir. Desta forma, a díade promove no estudante: tomar consciência do que faz; reflectir, sobre ou para a acção com base nos conhecimentos e na situação de cuidados; mobilizar conhecimentos sobre a situação; perspectivar a intervenção; transferir para novas situações. Ao reflectir sobre a própria acção ou sobre a de outra pessoa, existe uma reflexão embrionária sobre o *habitus* subjacente (Perrenoud, 2002). Este aspecto mobiliza a auto-consciência profissional e constrói um estar positivo e motivador, além de uma díade predominantemente promotora de assimilação do conhecimento, de reflexão na singularidade das situações da prática, de proximidade ao contexto profissional e de construção da identidade.

Na continuidade destas díades – observacionais, surgem as díades de actividade conjunta, em que se percebe que ambos fazem algo em conjunto num processo de complementaridade. Como refere Amiguinho et al (1997:107) “para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interacção com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos”.

A resposta do estudante à prestação de cuidados de enfermagem nem sempre é a esperada, no entanto, o enfermeiro tem uma postura de supervisor, promotora das componentes cognitiva, avaliativa e emocional (Abreu, 2003).

“Vou falar na altura dos registos; é a altura em que estamos mais sossegadas. A aluna voltou-se para mim e disse que já estava chumbada e eu disse-lhe que isso também me acontece – esquecer de fechar a torneira, mas o importante é falar sobre o que não foi bem feito.” Entrevista etnográfica.

“Quando fico com algum aluno digo logo a cama não é para mim nem para ti, assim como algumas higiènes, simples. Outras são nossas, depende da situação do doente. Quem avalia sou eu. Se vai na cadeira de banho ou se está aqui há muito tempo e enfim, são coisas que eu acho que a AAM pode fazer e então eu faço outras coisas.” Entrevista semi estruturada F

Em síntese, a orientação / supervisão de estudantes contribui mediante o seu próprio exercício para a construção, consolidação e transformação de competências e aprendizagem para ambos. Este facto implica, por parte do enfermeiro, compreender a missão, estimular o potencial de cada um, participar na concepção e desenvolvimento do projecto educativo, utilizar e dinamizar estratégias, ou seja, participar na supervisão.

A evolução das díades em ensino clínico facilita o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, equaciona os problemas de saúde com recurso ao pensamento reflexivo, promove a “consciência de si” e a “definição de si”, como futuro profissional. Esta dinâmica integra-se no processo de supervisão (Naphthine, citado em Abreu, 2003) caracterizada por uma relação afectiva e reciprocidade.

Pela análise efectuada verificamos que o desenvolvimento das diferentes díades permitem a construção de saberes, o desenvolvimento de competências, contribuindo para a transformação e valorização da prática clínica, através de:

- Confronto com o outro, os seus conhecimentos, valores, e atitudes;
- Processo de cooperação activo e dinâmico;
- Mobilização de conhecimentos, habilidades e estratégias;
- Mobilização do habitus.

A partir deste processo evidente de formação diádica e supervisiva no contexto, passaremos a analisar aspectos mais abrangentes e complexos envolvendo outros sistemas de interacção no processo de cuidar. Referimo-nos às interacções na equipa de saúde.

3. O ENFERMEIRO E OS ELEMENTOS DA EQUIPA

No microssistema, serviço de medicina, as díades sofrem a influência do meio e dos sistemas meso e macro. O enfermeiro mobiliza o saber prático e teórico; o conhecimento e a prática reflexiva. Enquanto a acção promove a utilização de esquemas integrados, a adaptação e a criação de novos esquemas no confronto com situações singulares a partilha de momentos de interacção na equipa de saúde no seu todo e, no particular, com a equipa de enfermagem.

Estas díades criam na equipa uma dinâmica conjunta na gestão do processo de doença do doente e no bem-estar da mesma, resultado de um armazenamento organizado de conhecimentos e experiência que, intuitivamente, é mobilizado na espontaneidade, rapidez e no modo de agir na acção.

O trabalho em equipa promove o desenvolvimento humano, entendido este como o desenvolvimento do conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana (Morin, 2000). A mudança no desenvolvimento num dos elementos da díade aumenta a probabilidade do outro também mudar (Bronfenbrenner, 1997).

Da nossa presença no contexto observámos uma postura de responsabilidade e de ética profissional, com tomada de consciência, quer em relação à situação particular, quer em relação ao sistema meso.

Estas dimensões em análise conduzem à mudança, à tomada de decisão e à autonomia e desenvolvem a construção de conhecimento individual e colectivo, contribuindo para a inteligibilidade da prática através do desenvolvimento de competências.

Na particularidade da equipa de enfermagem, como refere Doenges & Moohouse (1992) o processo de enfermagem é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisão clínica e resolução de problemas que, no conjunto da equipa, potencializa a transformação do conhecimento da prática clínica.

Deste modo, a experiência individual contribui para o consenso na equipa “*procurando entrar em consenso*”, o que pudemos observar pelo trabalho desenvolvido na sistematização dos registos, onde se desenvolve um conhecimento explícito, resultado da partilha.

Observação

Quanto a pensos de zonas de pressão. Este penso não entra na classificação; este doente entrou ontem à tarde e aí só entram os programados, mas o que acontece é que se verificarmos que tem de se mudar várias vezes, colocamos diário e quando não fazemos, justificamos porque não fazemos. É o mais correcto.

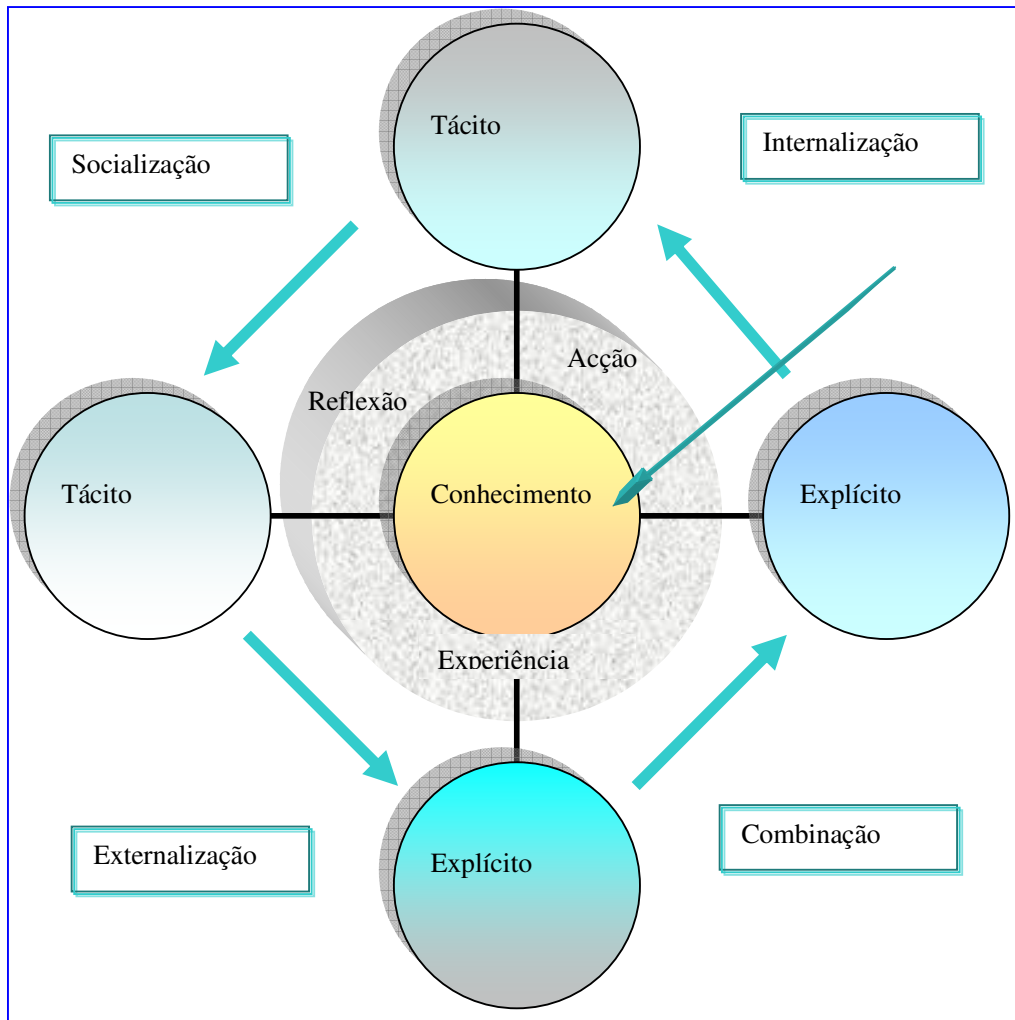
“No que diz respeito à equipa de saúde tentamos colaborar uns com os outros de forma a restabelecer o equilíbrio do doente/família (...) mas, de uma forma geral, conseguimos entrar em consenso em prol do bem-estar do doente/família.” Entrevista semi estruturada. E

A transformação do conhecimento de tácito para explícito, pelos registos, resulta de um constructo diádico no serviço. Os momentos vividos, experienciados e partilhados no grupo geram a mobilização do conhecimento tácito, posteriormente operacionalizado em planos e protocolos, transformando-se por isso em conhecimento explícito passível de ser assimilado e integrado pelo serviço e até originar conhecimento organizacional, como posteriormente analisaremos no capítulo III.

É um conhecimento formal e pessoal (explícito) que, mobilizado na acção, resulta numa internalização, originando esquemas integrados por força da experiência, levando a agir segundo padrões integrados (explícito a tácito). No entanto, o registo das observações efectuadas passa a nível dum conhecimento tácito pessoal e contextualmente específico. Este tipo de conhecimento é difícil ou, por vezes, impossível de articular em linguagem (Magalhães, 2005) e, como tal, de ser identificado nos registos. O conhecimento é também resultado de um conhecimento pessoal, aquele que emerge da interacção enfermeiro / doente e, ainda, mais difícil de incorporar pelo seu carácter subjectivo (Carper, 1978). A reflexão da prática, na passagem dos doentes ou em situações-problema, desenvolve a procura de similitudes e diferenças, a adaptação ou a adequação e, como tal, conduz à transformação do conhecimento (externalização) ou seja, à passagem do conhecimento tácito a explícito, facto este facilitador de mobilizar a reflexão sobre o conhecimento menos evidente na prática.

A transformação do conhecimento é, assim, resultado não só da reflexão, como da acção e da experiência e depende do ponto em que estamos face ao conhecimento, como pretendemos sistematizar no Diagrama 19. Como veremos posteriormente, este será, ainda, passível de ser transformado noutra forma de conhecimento, o combinado.

Diagrama 19 – Transformação do conhecimento na acção e com experiência



Fonte: adaptado de Nonaka e Takeuchi (1995)

Este tipo de mobilização de conhecimento (combinado), que resulta da aplicação do conhecimento explícito nessa mesma forma pela partilha colectiva e existência de normas, foi identificado num dos focos de intervenção observados - a mobilidade. Este foco é um dos mais frequentes no serviço justificado pela idade dos doentes e situações de doença associada. Perante a sua frequência, apesar da experiência vivida e a partilha de situações, pondera-se sistematicamente a intervenção, face à incerteza proporcionada pelos diferentes factores em presença e a individualidade de cada situação. Este facto está para lá do conhecimento “normalizado” existente e explicitado no serviço e na instituição, o que parece ser motivo característico de uma atitude profissional de questionamento face à imprevisibilidade e incerteza.

De acordo com o pensamento de Morin (Petraglia, 2000) observamos nestas situações um tipo de pensamento que “não separa mas une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana”, ou seja, um pensamento complexo.

Observação

- Olha que quando se experimentou no outro dia, ela fez uma flictena e a chefe, sabes como é: “uma flictena ganha no serviço...” atenção!!!
- Diz a Enf. M... flictena... flictena, não me interessa, é preciso é mudar.
- A enfermeira A espreita o acento da cadeira e diz:
- Ah tem protecção – almofada!

Competências

Comunicação e Relações inter-profissionais - partilha de conhecimentos;

Inferência

A reflexão e partilha de conhecimento sobre situações-problema promove a autonomia e a mudança no modo de cuidar.

Observação

Junto do doente que apresenta pé com zona necrosada diz:

- Sr. J. dói-lhe? (Aponta com a mão enluvada). Há quanto tempo está assim? (O senhor responde que não sabe e nem tinha reparado). O que faço aqui pergunta a uma colega?
- A Enf. G diz: eu punha hidrogel;
- A Enf. H. diz: eu destacava isso, parece duro – deixa ver (e com a mão apalpa a zona e diz): ah está mole;
- Enf. A. o que fazias?
- Enf. G. (repete) eu punha hidrogel e depois logo via a evolução;
- Enf. A. - Está bem (vai buscar hidrogel, prepara uma placa de hidrogel e aplica no pé, fazendo a ligadura do pé). (A Enfermeira diz à médica): - quer dar a sua opinião?
- Aqui não sei, vocês é que sabem mas ... o aspecto...
- Enf. A - Teremos que falar com a família e quando tiver alta, não sei. Terá de se especificar na carta, mas...a que zona pertence? Qual é o centro de saúde?

Competências / Factos relevantes

Partilha de informação; de conhecimentos e saberes

Reflexão sobre a acção, para a acção

Material de tratamento específico

Análise inferencial:

O trabalho em equipa promove a partilha de saberes e a transferência para outras situações.

A reflexão na e sobre a acção promove a análise de situações vividas anteriormente e perspectivar novas

A vivência destas situações pelos enfermeiros objectivam a importância do meso sistema no âmbito das suas práticas clínicas o que, além de permitir agir na acção com conhecimento fundamentado, personalizando o cuidado, contextualizam-no aos objectivos do serviço, como nos refere um enfermeiro:

“O serviço tem objectivos para o ano e são úlceras de pressão a 1% e nós estamos a 1,5% e está um estudo sobre a qualidade do serviço e nós prestamos bons cuidados; de mil, 15 escariaram” Entrevista semi estruturada .

Outro dos focos onde se observou diádes entre vários elementos foi a capacitação do familiar, na educação para a saúde e na preparação do regresso a casa. O enfermeiro, a assistente social, a secretária e o médico, mobilizam o doente e a família desde a sua entrada no hospital. Tem como objectivo favorecer a tomada de consciência e a identificação dos recursos necessários (físicos, pessoais, psicológicos e sociais). Responde aos princípios orientadores da prática (CHMT, 2004) tendo como foco as funções centradas no doente - ética, direitos e responsabilidades, cuidados prestados e prevenção e controlo da infecção; o bem-estar do utente tendo uma atitude de ajuda, respondendo às necessidades; planeando e promovendo o auto-cuidado na presença de pessoa significativa. A interacção visa, essencialmente, o treino de situações e a partilha de informação como já anteriormente analisámos. O planeamento do regresso a casa inicia-se pela articulação com a comunidade de referência da pessoa /família, através do envio de um fax para o centro de saúde de origem do doente. Este é efectuado pela secretária de unidade, repetindo o mesmo procedimento no momento da alta, com o envio da referência de enfermagem e médica.

Pelo que tivemos oportunidade de observar, muito raramente existe um contacto do centro de saúde após a recepção do fax inicial o que, muitas vezes, poderia ajudar na continuidade de cuidados. Quando necessário, é efectuado o contacto telefónico para colheita de dados do âmbito do processo de saúde e validação de recursos pessoais, não acessíveis por outra via. O enfermeiro responsável pelo doente inicia a preparação e o planeamento da intervenção logo que tenha na sua posse a análise dos dados que favoreçam a identificação de intervenções no domínio do informar. Destas, salientamos o treinar, instruir, informar e ensinar a família de acordo com as normas do serviço.

O envolvimento do familiar ou pessoa significativa, numa fase inicial, apresenta-se, algumas vezes, como uma postura de recusa face ao processo de doença e nem sempre aderem facilmente. A resposta a dar pelo serviço e a procura da disponibilidade dos familiares no envolvimento do processo gera no enfermeiro desenvolvimento de competências de comunicação e de negociação e no familiar sentimentos de responsabilidade e compromisso face ao doente.

O planeamento deste processo integra-se numa dinâmica construtiva ao longo do tempo, quer com o doente / família, quer com os colegas, na passagem de turno e na individualização do mesmo “*Tem ensinios, eu programei para as 10h*”, “*eu expliquei-lhe que o AVC é uma doença que se instala mas não ficam internados mais do que 6/7dias*”.

Observação

- Tem ensinios, eu programei para as 10h, o banho é na maca, mas hoje é na cama, porque há muitos. É montes de informação junta;

M – mas quem faz turnos desde não sei quando, já não aguenta....está algaliado, é para manter?”

J – Atenção, estava algaliada no domicílio. Dx na ordem dos 230..240..,

M -Ela já era diabética?

S (aluna) – A sua filha já sabia porque perguntou-me como andava a diabetes,

J - Será que a infecção tem a ver com isso?

Observação

Enf. A. – Disse aos familiares agora que aqui estão, vai voltar-se, posicionar-se – os familiares, não querem ver

Enf. H – A plegia é muito flácida; ontem não a conseguimos passar da cama para a cadeira; é muito difícil. Enquanto fiz a mobilização para a cadeira de rodas, a família dizia eu agora sozinha ...

Enf. A – Potencial de recuperação não me parece; a família não tem consciência da situação.

Enf. A – ela tem alta breve; e a família é tudo numa boa, tudo facilidades. - eu expliquei-lhe. O AVC é uma doença que se instala mas não ficam internados mais do que 6/7dias.

Observação

Enf. A – E higiene? Os ensinios?

Enf. V – ontem levantou-se e faz carga. Tem ajuda total e não me parece que vá melhorar; Tem ensinios, eu programei para as 10h; os familiares dizem sempre - tem de ir para a cama, mas não fazem por o pôr na cama, os outros que façam, nem se preocupam em ajudar.

Enf. A – Mas vão estar na higiene?

Enf. V – Programamos na casa de banho, que ele está agitado; - ele só está prostrado enquanto tem febre, mas depois passa.

A dinâmica mobilizada evidencia a utilização do processo de enfermagem, que segundo Doenges & Moorhouse (1992:3,4) tem vantagens porque “*fornece uma matriz em que podem ser satisfeitas as necessidades do individuo, da sua família e da comunidade (...) focalizam a atenção da enfermeira nas respostas humanas individuais (...) promove o envolvimento activo do doente na sua própria saúde e reforça a continuidade dos cuidados*”.

Na realidade a integração do familiar no planeamento nem sempre se compadece com o tempo de permanência no serviço. Este facto coloca a questão na gestão do tempo útil, dado que as altas são cada vez mais precoces e capacitar a família exige um trabalho, não só de articulação de meios e recursos mas de interacção que leva à informação e formação atempada e à tomada de consciência. A percepção dos dados sobre a família, o tempo em que ocorrem e as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros promovem, muitas vezes, um juízo, caracterizado por análises demasiado simplistas e lineares “*a família é tudo numa boa, tudo facilidades*” e “*os familiares dizem: tem de ir para a cama, mas não fazem nada por...*”. A pertinência destes juízos e a sua análise pode constituir-se enquanto problema de interacção e de intervenção, o que nos leva a colocar a questão na possibilidade de, sem estar no “lugar do outro”, fazer com que o familiar envolvido tenha outra forma de estar e, progressivamente, elabore uma representação mais lúcida das razões e do estar do doente.

Parece-nos que esta questão é remetida para as competências do enfermeiro e outros elementos da equipa, enquanto mediadores neste processo. O “talento” da análise das práticas depende da composição e das sinergias estabelecidas entre os seus questionamentos e as suas interpretações (Perrenoud, 2002^a). As “competências clínicas”, resultado de uma “inteligência ao vivo”, de uma capacidade de entrar em relação com, de ouvir, de dizer, de fazer dizer, originam-se em qualidades humanas, em saber-fazer metodológico. Contudo, estas situações visam outra forma de estar e de ser o que, quando justificadas, se revertem na necessidade de mais tempo e consequentes recursos. Estes factos são objectivados na passagem de turno, muitas vezes mais de forma oral do que escrita por razões ligadas à inter-subjectividade e informação mobilizada de forma intuitiva, como já

anteriormente analisámos. Neste sentido, coloca-se a questão face ao modo como o enfermeiro efectua a tomada de decisão. Será que esta teve por base a mobilização de esquemas integrados o que lhe permite agir por reconhecimento de padrões¹² definidos? Ou age simplesmente por intuição, entendido como ausência de racionalidade? Para Silva (2000 b citado em Paiva, 2006), é importante o conhecimento base no reconhecimento de padrões numa situação analisada de forma holística.

A monitorização das diferentes actividades, pelo processo do doente e especificamente pelo plano de cuidados, com outros membros da equipa, permite a continuidade de cuidados com base num conhecimento tácito colectivo. O doente é o foco de intervenção sobre o qual o enfermeiro gere os cuidados a prestar.

Observação

“Está em repouso; hão-de vir familiares; é para as incentivar a mexer com a caneta de insulina, já ontem a Enf. G. iniciou, mas hoje vêm de novo para se familiarizarem melhor – 19h.”

Observação

“Precisa de ensinios, mas enquanto estive internado nas especialidades já fizeram alguns; a Enf. S. disse-lhe: mas não será melhor relembrar, não tem dúvidas? Então decidiram e vêm hoje.”

¹² Reconhecimento de padrões – capacidade de reconhecer relações sem pré especificações dos componentes de situação (Paiva, 2006: 220)

O enfermeiro promove o desenvolvimento de díades quer com o doente e família quer com os colegas da equipa, cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais. Mobiliza as competências do domínio da comunicação e relações interpessoais como: “Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais; comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência” (OE, 2003:21).

A preocupação na continuidade dos cuidados e a centralidade da concepção dos cuidados na pessoa doente / família e comunidade responsabiliza o enfermeiro no auto-cuidado do doente e na gestão autónoma do processo, situação apreciada por um elemento em estágio de especialidade em enfermagem, de passagem no serviço.

“ Isto é curioso, muito curioso; uma das coisas que aqui está e que acho fabuloso é o planeamento de altas. Acho que é das coisas mais ricas que eu já vi. Começa na urgência, depois à porta de entrada do serviço, isso é extraordinário. Tudo programado, muito soft... (...) onde está, o que está a pensar fazer, precisa da nossa ajuda, precisa da assistente social... “ Entrevista etnográfica J.

A existência de um objectivo percebido “continuidade de cuidados” e a consciência de perspectiva temporal da sua execução “terapêutica” caracteriza a actividade molar “performance / competência em sistemas cada vez mais complexos com o meio imediato ou o meio mais alargado “família, lar, rede de apoio”, o que se transforma em esquemas integrados de acção. Numa situação de alta com administração de ferro endovenoso, a enfermeira, conhecedora dos recursos do doente, planeou toda a intervenção de modo a que o doente, já fora da instituição, pudesse dar continuidade ao auto-cuidado, como observamos a seguir.

Observação

Sra A 2/1

- Enf. A., a Dr.^a vem aí, eu já estou a fazer a carta de alta; está a efectuar ferro EV e vai ter alta e está em lar.

- Como se faz? Pergunta a chefe

- Enf. A. Diz: eu penso que nestas situações se efectua em Hospital de dia, (trocam impressões) falam com a médica que diz:

– Penso que a formula EV é só hospitalar e nestas situações faz-se em hospital de dia.

A Enf. A. Continua: - Então sendo assim ela tem que efectuar fisioterapia e assim também se pode articular

– Claro; a enfermeira chefe sai

Enf. A.– Eu trato disso.

A continuidade do processo de cuidados na preparação do regresso a casa efectua-se através da “referência de alta” efectuada pelo enfermeiro responsável ou o enfermeiro de segunda linha.

A referência da alta consta de um impresso com indicadores para informação específica sobre factos relevantes como: estado de consciência, comunicação, visão e audição; níveis de dependência em relação à higiene e conforto, alimentação, eliminação e movimentação; integridade cutânea e terapêutica; avaliação de enfermagem e orientação / ensino onde se especificam aspectos relevantes e de orientação na continuidade de cuidados.

Esta referência pode ainda ser específica em relação a feridas. Nesta, além da avaliação e planeamento efectuado no serviço, faz a caracterização da ferida (localização, características e exsudado) e explicita a estratégia de tratamento.

Existem dimensões relacionadas com terapêutica específica, a continuidade após a alta, em que o enfermeiro “actua como recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades (...), identificando resultados esperados” (OE, 2003:19) e contribuindo para a sua consecução. Na referência de alta de enfermagem consta o relato de situações que permitem compreender o processo durante a hospitalização e orientam para intervenções específicas na continuidade da sua evolução como a seguir exemplificamos:

Avaliação de enfermagem:

- Idade, antecedentes de saúde/doença relevantes para a situação;
- Razões da procura do hospital;
- Comportamento durante o internamento / comparação com o actual

“(...) AVC isquémico frontal, sem deficits musculares, tendo resultado como sequelas alteração da fala e do comportamento com (...) apresenta períodos de agitação com necessidade de imobilização dos membros superiores”;

“(...)Desorientada com períodos de agitação e verborreia (...) mantêm-se no momento da alta (...) atenuam com o levantar”

- Justificação de situações / complicações durante o internamento e comportamento actual:

“(...)contraiu pneumonia por aspiração de vômito, da qual sai melhorado, mas apresenta períodos de tosse com expectoração esbranquiçada que normalmente deglute (sendo periodicamente aspirado por tosse pouco eficaz)”;

“(...) durante o internamento piorou situação clínica com agravamento das lesões cutâneas (...) disúria (...) foi algaliado e apresenta urina concentrada (...)”.

Além de especificar aspectos relevantes, ainda orientam para a continuidade dos cuidados, fazendo referência às alterações, à dependência e ao modo de intervenção para a sua possível solução como se verifica em relação a movimentação, eliminação e orientação ensino:

- Movimentação:

“Dependente total. Levantar diário para a cadeira de rodas. (...) Passos com ajuda, tem desequilíbrio na marcha e descoordenação motora (...) apoio na deambulação e vigilância”

- Auxiliares de marcha

“– Andarilho. (...) levantar diário; no leito incentivar alternar decúbitos”

“Dependente total (...) alternar decúbitos de 3 em 3 horas”

- Eliminação

“O: dependente total. Algália nº14, folley; mudar após 05/06/2006”

- Orientação/ ensino

- “O doente e esposa (...) aguardam vaga no lar para institucionalização.”

Como observamos, a comunicação, a consciência da situação e o seu encaminhamento promove, além das díades de actividade conjunta, a evolução para díades primárias entre colegas e entre enfermeiros e familiares, enquanto cuidadores.

A preparação do regresso a casa desenvolve um processo de aprendizagem. Existe a tomada de consciência, a construção de conhecimentos e experiências, constituída por elementos singulares, que se constituem como componentes do mundo social e de um "sistema de assimilação". Ainda mobiliza a partilha de saberes, de dúvidas, a reflexão na e sobre a acção e a transferência para novas situações.

Quando este processo se efectua com a equipa, constitui-se em aprendizagem colectiva com repercussões na instituição. Estas situações são favorecedoras de actividades molares, caracterizadas por Bronfenbrenner como um processo contínuo e não momentâneo ou espontâneo e que envolve uma intenção ou um motivo perseguido até à sua execução plena. Neste sentido, a

preparação do regresso a casa envolve dimensões que promovem o desenvolvimento de competências.

O cuidar em equipa desenvolve a interacção entre os diferentes actores e o respeito pelas funções inerentes a cada elemento. Quando esta situação não se verifica, existe risco para a continuidade de cuidados do doente e mal-estar na equipa. No entanto, conhecer os objectivos do serviço, planear em função dos focos identificados, assumir as intervenções autónomas demonstra a responsabilidade profissional e ética do enfermeiro na gestão do processo.

Muitas vezes são estas as atitudes necessárias e fundamentais para uma intervenção em equipa assumindo e fazendo assumir a responsabilidade e o respeito pela pessoa doente.

*Temos que mostrar uma posição muito firme da nossa parte à parte médica (...)
Foi o que eu disse à colega da tarde, Não é crítica mas eu teria actuado de outra
forma, não esperava 2 horas pelo médico... já aconteceu (...) e escrevi em notas
e o médico pediu desculpa e eu disse não tem que pedir desculpa a mim mas ao
doente mas (...)a pessoa está em risco e não sei o que vou fazer mas alguma
coisa eu tenho de fazer nem que seja o doente estar confortável, em termos de
dor, de hidratação oxigenação, pronto.” Entrevista etnográfica.*

Desta forma, nas interacções com significados, as pessoas partilham a atribuição de significados uns dos outros, tornando-se num comportamento social, num *habitus*. Como refere Woods (1999:48) “a internalização dos símbolos e dos padrões de significados e a estimulação do pensamento através da linguagem aumentam o poder de reflexividade dos seres humanos e a capacidade de se verem a si próprios como um objecto, de darem instruções a si mesmos e de agirem como desejam face a outros” Neste sentido, os momentos formais e informais de partilha de experiências e de significados do cuidar, nomeadamente nas díades de actividade conjunta, promovem o desenvolvimento pessoal e de competências como o desenvolvimento do auto-controlo.

4. O ENFERMEIRO E A EQUIPA MÉDICA

Apesar da intervenção autónoma do enfermeiro na preparação do regresso a casa, este tem, na equipa transdisciplinar, a visão partilhada do problema. Sendo assim, pressupõe haver equilíbrio e harmonização no processo o que, como iremos observar, nem sempre acontece. Este requer uma reflexão retrospectiva dos factos de saúde / doença, para posteriormente promover a reflexão prospectiva o que amplia a interacção com o meio mais alargado de sistemas intervenientes (família, técnicos). A complexidade das situações dos doentes internados no serviço, tendencialmente idosos que vivem sozinhos, necessita da participação de outros elementos no processo.

As díades de actividade conjunta verificam-se entre os enfermeiros e os médicos numa sincronia de informações e validação de acções.

Nas situações de análise das variáveis que interferem com o estar do doente, o enfermeiro posiciona-se como gestor do processo, enquanto elemento que conhece, não só as repostas humanas à situação, como também estabelece as relações e dependências multidimensionais dos vários saberes como a enfermagem, a biologia, a antropologia, a sociologia, a psicologia e ainda o pensamento ético, estético e pessoal ao lado do racional, lógico e dedutivo. A mobilização do conhecimento no seio da equipa e a intervenção em situações problema, desenvolve: a mobilização do conhecimento na equipa; a articulação do trabalho; a fundamentação da acção, a responsabilidade na observação; a individualização dos cuidados e a formação de díades de actividade conjunta e díades primárias.

Nesta situação, a transformação do conhecimento tácito em explícito (exteriorização) ocorre através do diálogo ou da reflexão colectiva (Nonaka e Takeuchi, 1995).

Observação

Dr.^a. – “Olhem, eu não estou de serviço, mas qualquer coisa que aconteça com o Sr. H, ou outros dos meus doentes gostava que me contactassem.” (esta frase é dita várias vezes por alguns médicos).

Observação

Entretanto está a médica e a enfermeira diz:

- Oh doutora não quer introduzir o “...” para iniciar o treino intestinal ao doente?
- Sim claro
- E a que horas quer?
- De manhã.
- Pode deixar em SOS, porque por vezes não é necessário dar sempre;
- Sim 2 vezes ao dia em SOS,
- Claro óptimo (diz a enfermeira).

A médica faz a prescrição.

Observação

Veio o cirurgião (...) a enfermeira-chefe pede para observar o doente. Altera a terapêutica. Entretanto é alertada que o doente tem medicação própria para tomar e que trazia de casa. A enfermeira-chefe encontra a médica do doente e fala-lhe destes aspectos. Ela refere já ter tido conhecimento mas só agora prescreve a terapêutica ao doente.

Observação

- Dr.^a e a terapêutica? Ele está prostrado. Já está, dilui toda a terapêutica, vamos ver se toma.
 - Sim.
 - Quando vim avaliar a situação do Sr. (diz a Enf.) fez um AVC no dia 23 (estive na urgência e depois veio para cima; já foi há bastante tempo), mas a lesão é frontal e dá este estado, alternando, de confusão e consciência. (a Dr.^a concordou.)
 - Vai fazer TAC, hoje.
-

As díades primárias verificam-se com médicos mais antigos com um conhecimento mútuo, prolongado no tempo e numa relação de confiança e respeito, como é referido na entrevista:

“Principalmente o director e os médicos mais antigos confiam muito nos enfermeiros que estão no serviço; há médicos mais novos, não sei se tem a ver com isso, também tem a ver com a personalidade de cada pessoa, eu acho que também influencia muito, que têm mais dificuldade em aceitar certas coisas que dizemos, certas sugestões que fazemos sem os consultar, estão cá há menos tempo e têm mais dificuldade”. Entrevista semi estruturada B

Sendo a intervenção centrada na pessoa doente constatamos interações entre enfermeiro e médico que evidenciam desvio desta centralidade. O esforço efectuado pelo enfermeiro na resposta à continuidade de cuidados é muitas vezes sentido como um esforço individual “*é preciso ver se estamos todos para o mesmo*”.

Como observamos a desarticulação existente na equipa de saúde conduz a manifestações de desagrado e uma desmotivação face ao empenho na preparação do regresso a casa “(...) *ah, uma alta! E a enfermeira do doente não sabe! (...)*”.

Observação

A enfermeira T vê um processo abre e vê a carta de alta médica e

diz:

- Ah uma alta! E a enfermeira do doente não sabe! (a médica, uma espanhola, esboça um sorriso) - sim, sim é seu!!

- Ah eu digo à secretária de unidade.

- Pois é mas é a enfermeira que tem de saber e além disso já se falou sobre esse aspecto das altas.

“Aqui nós corremos atrás das pessoas todas por causa da alta hospitalar. É preciso ver se estamos todos para o mesmo, o que às vezes não acontece”

Entrevista semi estruturada Enf F

“O enfermeiro é aquele que está 24 h disponível. Dá a cara. Muitas vezes as famílias estão aborrecidas e põem-nos em cheque porque não sabemos quando há alta. Mas quando dão a alta no dia, sem avisar, somos nós que vamos dar a cara ; somos nós que vamos com os papéis da alta e para a acreditação, quando não foi prescrita por nós e quando os doentes dizem que a médica disse de manhã que não ia fazer aquela medicação e agora vai, como é que é? “

Entrevista semi estruturada F

Estas expressões justificam ser o enfermeiro o gestor e líder do processo. Como refere Campos (2007), é necessário introduzir autonomia de gestão e responsabilização na gestão clínica e de enfermagem, sendo o trabalho em equipa impossível de realizar sem coordenação responsável. Por outro lado, refere também que só será possível responsabilizar o coordenador da equipa se lhe for restituída a correspondente autoridade. O que verificamos posteriormente é que, apesar de se evidenciar esta competência, tal nem sempre se objectiva por falta de legitimidade, relacionado muitas vezes, quer com a atitude médica quer com a atitude de enfermagem.

Observação

- E quanto à alta? Posso dar-lhe alta? (pergunta a médica); aqui nas notas diz que está em centro de dia e tem apoio do filho.

- Sim é o que sei;

- E quanto a cama articulada?

- Ela já vinha assim, presumo que tenha cama articulada. Em relação a esta Sr.^a está tudo no processo e ela não mudou o seu estado aqui, como tal a situação em casa mantém-se e depois tem apoios, pronto.

Observação

Enf. H. / Médica

Oh L. tem a Sr.ª X, como é em relação à alta?

- É problemática
 - Pois já vi – higiene, vive sozinha, controla a diabetes e HTA?
 - Está em condições de ir para casa?
 - Pois é, vamos analisar melhor com a Assistente Social
 - Sim, para ver a alta amanhã.
-

Nestas situações, o enfermeiro ou a assistente social, quando presente, justificam alguns factos relevantes ou procuram justificar a alta ou a sua impossibilidade.

A capacidade de comunicação, fundamentação e justificação com base no conhecimento sobre a situação do doente / família / cuidador, promove díades de actividade conjunta e a construção da equipa que, segundo a OMS (1988), se constrói na interacção baseada na cooperação e no contacto regular, face a face, envolvidos numa acção coordenada, cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de uma determinada actividade. Quando ocorrem as díades, observam-se relações de desenvolvimento entre as pessoas e o meio de forma positiva, complementa-se as funções entre profissionais, partilha-se o conhecimento, a responsabilidade e verifica-se feedback, como observamos:

Observação

Chega a Enf. G. e diz:

- Dr. não sei se sabe que um dia destes quando o íamos levantar ele fez...
 - Sim mas este doente tem que se levantar.
 - Claro já durante a semana o levantámos. Ah, mais uma coisa deve prescrever o espessante que tem vindo a fazer porque vomita ou tosse sempre que bebe líquidos.
 - Mas sempre?
 - Não! Tolerar a sopa, iogurte etc.; não vomita mas os líquidos sim e temos dado com espessante.
 - Está bem, já prescrevo.
-

Observação

- 0 5/3 tem alta?

- Não sei da minha disponibilidade, depende em principio sim.

Enf. - Faça-me uma coisa: faça a alteração de terapêutica e assim retiro o cateter; ele é um caso social, passe a oral o que puder.

- Sim retiro tudo, fica tudo suspenso.

E - Dr. G ouviu?;

- O quê?

- O pi..pi...pi..., sim eu sei, ele está com taquicardia!

E – então e o que ponho hoje, tem alta prevista para amanhã?

M – não, ponha tem alta hoje! Vou pedir à AS para arranjar umas canadianas para passear em casa do irmão, porque ele vai à casa de banho e à refeição, isso ele faz sozinho.

Observação

Enf. C / médica: - Tem 36,4º

- Ah, obrigada já vi - pode levantá-la hoje

- Outra vez Dr.ª? Viu o que aconteceu ontem?

- Então e pode ter alta, tenho de a levantar? Veja como ela está e o que custa levantá-la... é um peso e o pior é a posição (eleva a cama), vá fica assim!

- Sim, tem razão, nem tinha reparado (diz a médica).

Na realidade a presença de uma relação bidireccional promove a díade desenvolvimental caracterizada pela reciprocidade com a existência de feedback mútuo que motiva os participantes e os envolve em padrões de interacção cada vez mais complexos. Como refere Bronfenbrenner, estas interacções diádicas, especialmente no decurso de actividades conjuntas, produzem efeitos desenvolvimentais poderosos o que se constata com enfermeiros com mais experiência e melhor conhecimento do doente.

A presença da enfermeira-chefe como elemento de referência evidencia-se não só, supervisionando a prestação de cuidados mas intervindo directamente com indicações precisas que evidenciam um conhecimento das políticas da organização. Frequentemente verbalizam “(...) *é uma verdade a enfermeira chefe manda e bem, agora nós (médicos) (...)*”, e “*sabes como é uma flictena ganha no serviço, atenção (...) flictena... flictena, não me interessa, é preciso é mudar, olha a chefe*”; “isto é *objectivo a atingir e a melhor forma é analisar o que fazemos, diz a enfermeira-chefe*”.

Observação

Hoje, quando cheguei, estava a Dr.^a M no serviço, aproximou-se uma médica que viria efectuar o internato no serviço. Ela disse-lhe: “se fosse enfermeira diria que podia vir para este serviço, enquanto médica vá-se embora. Isto é uma verdade a enfermeira chefe manda e bem, agora, nós....”

“E nós?” diz outra enfermeira. “Vocês são boas mas não é a mesma coisa...”

A presença de um terceiro elemento nas díades produz o denominado efeito de segunda ordem (Bronfenbrenner, 1997), caracterizado por exercer uma influência indirecta entre os membros de uma díade.

A enfermeira-chefe, como terceiro elemento “a *chefe refere: neste momento e nesta situação há que pensar, o que é prioritário*”, posiciona-se como um perito com conhecimentos aprofundados que permite lidar com problemas de forma mais eficaz (Day, 2001). Possui um conhecimento integrado, um conhecimento do contexto, mobiliza a articulação com novas formas de terapêutica, conhece as exigências das normas da qualidade em saúde, tem um conhecimento dos contextos sociais e políticos. Tem um *habitus* integrado ao contexto e esquemas de acção que permitem adaptar-se aos constrangimentos apresentados pelos colegas. Este tipo de factores permite ao perito reinvestir recursos cognitivos pessoais, sociais e profissionais na reformulação e resolução de situações problema. O modo como está presente na situação de cuidados faz com que a díade observada, numa primeira fase observacional¹³, passe a actividade conjunta e posteriormente transforma-se em díade primária, ou seja, mantém-se presente mesmo na sua ausência.

¹³ Díade observacional (Bronfenbrenner, 2002) – ocorre quando um membro presta uma atenção particular e continuada ao outro, sendo percebida pelo primeiro e havendo resposta com envolvimento de ambos.

Observação

Entretanto chega a chefe e falam entre si e a chefe diz:

- O paracetamol dá-se rectal.

Conversam e a Enf. decide falar com a médica no sentido de alterar as vias de administração e colocar o cateter SC. Reflectem sobre a terapêutica a administrar, entretanto há um medicamento que não pode ser administrado e a chefe refere:

- Neste momento e nesta situação há que pensar, o que é prioritário. Tem uma oclusão, está tão debilitada... aqui o prioritário é a analgesia e hidratar, é ou não? (deixa a enfermeira a pensar...)

Observação

Enf. M. - A D. L. (tumor cerebral) tem tido tonturas, dores de cabeça e outras alterações.

Analisa em conjunto a terapêutica.

- Poderá ser do X (medicamento); (pensam em alterar, mas a chefe ouve e diz):

- Atenção a farmácia não fornece esse medicamento, (mas refere outros três).

A médica altera a terapêutica e pede para monitorizar a senhora.

Segundo Carapinheiro (1993) “A importância do papel dos enfermeiros-chefes é acrescida (...) pois dada a não previsibilidade das decisões médicas, (...) o conteúdo do trabalho de enfermagem depende mais dos profissionais do que da organização instituída do trabalho (...) e a administração dos cuidados repousa fundamentalmente nos enfermeiros-chefes.

O modo como interfere vem caracterizar o processo organizador necessário e múltiplo que envolve tanto a percepção como o pensamento, característico da complexidade. A enfermeira-chefe parte da noção da totalidade, envolve o conhecimento dos diferentes sistemas, incorpora a solidariedade colocando lado a lado a razão e a subjectividade “*deve ser posicionada mais vezes de 30 em 30 minutos, faz a drenagem e depois posiciona-se*”. Existe a transformação de um conhecimento explícito em tácito que partilhado no serviço contribui para a sua integração e assimilação pelo colectivo de trabalho.

Paiva (2006) refere que na prática de perito, as experiências passadas podem ser vistas de forma global evidenciando as características significativas enquanto que os aspectos insignificantes retrocedem para um suporte de retaguarda.

As diádes, na presença da enfermeira-chefe, constituem-se em momentos de formação informal, como se constata com a alimentação parentérica, com a terapêutica, com a dor e a implementação da sua avaliação como 5º sinal vital. Faz apelo à importância da análise individual, da singularidade de cada situação e na educação, por meio da transdisciplinaridade, rompendo ideias preconcebidas e reducionistas. Nesta situação, a enfermeira-chefe apresenta-se como uma líder para a equipa de

saúde, enquanto os enfermeiros práticos lideram o processo do doente. Como refere Campos (2006), os enfermeiros «são líderes naturais».

Observação

A Enf. chefe – alerta para os ensinamentos - devem ser registados no local certo: a aluna acrescenta – a Enf. diz que foi informal; não importa, diz a chefe, é mesmo para registar o dia e o turno.

Observação

3/2 Vitoria – 74 anos (lê o diagnóstico), tem edema das extremidades. (Lê as notas) – 1h – saturação 84%, decúbito dorsal elevado, secreções abundantes; aumentou para 90%; tinha estase gástrica. Pus drenagem livre; fazia f. com pausa nocturna; já estava a 60 e retirou-se; será que correu rápido demais?

Enf. – Então vou iniciar com chá, está com estase;

Enf. chefe – Ninguém muda para alimentação da cozinha sem falar com dietista; uma coisa que não fazemos bem é a pausa para a medicação – 30 minutos; há medicação que tem interferência e não há estudos que referenciam quais os medicamentos

Enf. chefe - deve ser posicionado mais vezes – 30 em 30 mn; faz a drenagem e depois posiciona-se.

Observação

Às 4h foi posicionada, a TA disparou – 140, fica com dor.

Enf. V. – Analgesia de 4/4h – t de 8/8h:

Enf. chefe – Não se esqueçam de avaliar a dor de 2/2h quando há dor.

- Mesmo quando se posiciona tem dor, completa outra colega.

Enf. chefe - Mas pode-se pôr sub cutâneo.

A Enf. C. - Também se tem dor;

Enf. chefe – Atenção puncionar com cateter e depois as flebites também são um problema.

Inferência:

Na avaliação das diferentes situações de cuidar a reflexão sobre e para a acção promove a integração de conhecimento na equipa.

Em situações menos frequentes, como no caso de intervenções de urgência e emergência que pontualmente surgem, há enfermeiros que agem de acordo com esquemas já integrados, quer pela formação efectuada dentro ou fora da instituição, quer pela experiência vivida no serviço, ou em áreas afins. Porém, nem todos os enfermeiros passam por esta situação de construção de esquemas de acção para agir em situação o que é fundamental num trabalho de equipa e numa situação desta natureza. Para responder com competência a este tipo de situações, a instituição proporciona formação e reciclagens de dois em dois anos. No entanto, o serviço, como já referimos, tem procedimentos definidos a vários níveis como: organização do carro de urgência; monitorização do

doente; funcionamento do equipamento e articulação dos elementos na equipa, sendo os próprios responsáveis pela sua manutenção.

Observação

Surge neste momento uma situação de urgência. Um dos doentes entrou em convulsões. Chamou-se o médico. O carro de urgência, devidamente preparado e actualizado conforme norma, é levado para junto do doente. A monitorização do doente, a administração de terapêutica prescrita e a administrar bem como os soros em curso, são revistos e administrados antes do médico chegar. A avaliação da situação é efectuada com pormenor. Tudo é efectuado sem grande alvoroço e tudo se passa naquela enfermaria e com a enfermeira do doente. Outra colega ajuda e tudo parece estar sob controlo.

Competências / factos relevantes

Princípios chave da prestação e gestão de cuidados:

Ajuíza e toma decisões fundamentadas

Interacção

Interacção entre colegas – Díade conjunta e sistema N+2

Organização do serviço

Norma de procedimentos do carro de urgência

Como refere Davies (1983) as organizações estão impregnadas de profissionalismo e a própria evolução dos profissionais conduz à integração das orientações e valores organizacionais à obtenção de mais poder, autonomia e rendimento no interior das organizações.

Ao longo do processo investigativo outros processos diádicos constituem o serviço. Salientamos a presença da díade enfermeiros e assistente social.

Esta inicia o seu contacto, normalmente na admissão do doente, no serviço de urgência mobilizando recursos sociais e da comunidade e articulando com as necessidades identificadas. Quase diariamente passa pelo serviço e vai integrando nos processos novos achados, desenvolvendo com o enfermeiro a díade de actividade conjunta.

O grau de dependência da maioria das pessoas internadas obriga à mobilização de recursos económicos e sociais. Na ausência da assistente social no serviço, o encaminhamento é efectuado pelo enfermeiro responsável para a área social do hospital.

Observação

Entretanto telefonou para a assistente social para ver a possibilidade do doente levar um andarrilho mais pequeno, porque o que tem é muito alto. A assistente social ficou em resolver o problema, voltando a telefonar para o doente levar um mais adaptado a ele.

Observação

5/3 Sr. António – AVC hemorrágico. “Aqui na zona da alta, não há registos da parte de enfermagem; A assistente social apenas registou quem o trouxe. Temos de ver bem, o Sr. não se percebe bem”.

A secretária de unidade, outro dos elementos a considerar neste articulado de actores, intervém a nível da organização dos processos administrativos. Estes são organizados segundo uma lógica definida, sendo validados durante o internamento. A organização do quadro de doentes, a sua actualização; o encaminhamento de pedidos de exames complementares de diagnóstico e o atendimento telefónico, são da sua responsabilidade.

Tenho a meu cargo a organização dos processos, a identificação dos doentes na cama e no pulso com pulseira, a actualização do quadro da sala de trabalho. Tudo o que é processo administrativo, as altas, as admissões, e marcação de exames. Depois faço tudo o que é necessário durante o turno nesta área, além do atendimento de telefone. Entrevista etnográfica.

Observação

Enf. J deu alta a um dos senhores, entretanto diz à secretária de unidade que o processo está pronto; a secretária saiu do serviço e ela diz-me: “isto não é serviço nosso, mas não há nada que chegue à nossa J; esta senhora só vem de vez enquanto e a J está de férias”. Entretanto verifica que o processo do Sr. tem um documento que é pessoal e ficou esquecido.”Como vê, isto ficou esquecido, agora acontece que temos de ser nós a dar seguimento.”

Agarra no telefone e liga para o lar a informar.

A avaliação, pontualidade e clareza da informação dos actos administrativos, contribuem para a eficácia do serviço, sendo manifestada pela equipa de saúde como um elemento importante e, por vezes, imprescindível.

“Faz-nos muita falta a nossa MJ. Vai para férias e agora é que se vai ver a falta que faz. Quem a vem substituir não é a mesma coisa. Não conhece o serviço e esforça-se pouco. Passa por cá e ela, não! E com este movimento todo...

“Entrevista etnográfica AAM).

“Oh. J. não te vás embora; de férias? Nem pensar... fazes falta no serviço! E depois sobra para nós, não?” Entrevista etnográfica enfermeiro.

Além da função organizativa / administrativa há áreas onde intervém e que são favorecedoras do clima do serviço e nas quais o seu contributo tem sido fundamental. São gestos, atitudes, uma

atenção particular, que a secretária de unidade tem presente. Ela mobiliza e centra em si a organização de eventos, quer na enfermaria, quer fora, o que favorece as relações interpessoais.

Observação

O quadro do serviço está a ser remodelado. Não se notam os traços separadores. A secretária de unidade coloca papel autocolante. Logo escreveram no espaço em branco “programa Polis: o quadro está em remodelação. Previsão da conclusão: 18-08-06 pedimos desculpa pelo incómodo. Prometemos ser breves”. Alguém acrescentou: “obra participada pelo FSE; orçamento estimado: 10000000E”

Observação

Entro no serviço e apercebo-me mais uma vez por um papel no placar. Chamam a atenção para a necessidade de um aparelho novo de música principalmente para a noite. Solicitam participação. Pergunto quem recebe, porque quero participar. Dizem-me “A MJ, é sempre ela a nossa tesoureira e quem vê as coisas para nós. É a nossa salvação.”

É esta faceta do saber estar e ser que contribui para promover o *habitus* integrado no serviço. Constrói-se? Juntaram-se as pessoas? Fazem por isso? Na realidade existe a interacção entre as pessoas, cada uma delas ocupando vários papéis e um repertório cada vez mais amplo. Não se limita às suas funções, amplia as interacções em sistemas cada vez mais amplos, o que promove o desenvolvimento humano, integra-se num ambiente já “formatado” ao qual não se é indiferente.

O elevado número de doentes, o número de horas de cuidados e o número de enfermeiros no serviço, promovem uma interacção muito próxima com as AAM, elementos que acompanham os enfermeiros ao longo dos turnos.

“E depois damos demasiada confiança, não é, criamos empatia (...)a nossa perspectiva muda mito, mas damos muita confiança e falo por mim. Critico-me a mim, tenho dificuldade não é de chamar a atenção, não é isso, mas cada um tem o seu lugar, lembrar as funções e se calhar o tratamento, não gosto de coisas muito formais, tratar por tu e essas coisas, mas convivemos o tempo todo (...)”
Entrevista etnográfica.

Este facto conduz à socialização diária com os enfermeiros e com o serviço, verificado na linguagem utilizada, o que leva a agir em sintonia, sendo evidentes as díades primárias, ou seja, mesmo na ausência do enfermeiro, a AAM é capaz de executar alguns actos de cuidados. Referimo-nos a actos que, por serem desenquadrados de qualquer contextualização, induzem um agir por repetição e integração de esquemas, o que os desnuda da individualização do cuidado, muitas vezes também visível em muitos profissionais de saúde.

É da competência do enfermeiro a delegação de actividades desde que proporcionadas às capacidades da pessoa e a utilização de estratégias para supervisionar os aspectos dos cuidados delegados e ainda “abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (OE, 2003). Além da delegação e supervisão, existe a área de colaboração observada nas díades de actividade conjunta, nomeadamente na mobilidade e na higiene do dependente total e que se traduz pela sincronia nos movimentos e pela ausência de quaisquer palavras. Este facto, assegura o fluir da interacção, veiculando informação referencial.

Observação

A AAM acaba de trazer uma senhora na cadeira de banho.

Enf. M.- A Sra. quer ficar ainda no cadeirão?

- Claro pode ficar, já vou ajudar-te

- Não é necessário, a Sra. ajuda e para quê fazer força? E o soro? (Coloca o soro, após vestir a camisa. Não funciona, diz a AAM)

- Já trato de tudo.

Observação

Enf. R faz a higiene de um senhor. A AAM está presente, ambas colaboram. O senhor apresenta inúmeros edemas; tem O2 por sonda nasal; (...). Voltam-no, a enfermeira lava-lhe a face, tronco e costas; a AAM agarra-o do outro lado da cama. Agora voltado a enfermeira põe-lhe o creme no corpo, massaja com movimentos amplos e circulares; vai falando Sr. “agora um pouco de creme para ficar bem...Fica mais macia a sua pele. Veja, sente-se bem?”

Observação

Posicionam a senhora com almofadas. “Esta não é muito dura,” diz a enfermeira. A AAM dá uma outra – “Sim esta é boa; - fralda ou celulose?” “Celulose” (colocam sob a região sagrada) - Cobrem a senhora com o lençol.

No entanto, a individualização de cuidados e a associação de um saber prático ou “ciência aplicada” a um saber teórico, resultado de uma formação específica, caracteriza a existência de competências que permitem ao enfermeiro a tomada de decisão.

Para que as situações sejam clarificadas, apesar de desnecessário pelas razões expostas, a enfermeira-chefe define a delegação de situações de cuidados, como refere um dos enfermeiros “*a chefe diz que a alimentação parentérica tem de ser dada pelo enfermeiro (...) está assim, é assim (...)*”.

“A chefe diz sobre a alimentação parentérica, tem de ser dada pela enfermeira (...) nós somos os responsáveis, há doentes com estase concordo com isso, e acho bem porque não têm formação para isso, mas deram chá a doentes meus às 7 da manhã e se há alguma coisa chamam, mas sei a quem deleguei, (...), mas agora está assim e é assim.” Entrevista etnográfica.

Nas situações onde se observa colaboração com as AAM, é evidente a tomada de decisão do enfermeiro em relação à contextualização, individualização e relação do saber com a situação face a:

- Observação física do doente e o modo como é efectuada a mobilidade do doente relacionada com o transfere ou os posicionamentos e a higiene;
- Dieta e os conhecimentos face ao processo de doença;
- Relação entre a família e o doente.
- Interação da situação do doente / resposta humana.

Durante a mobilização, no transfere da cama para a cadeira, ou da cadeira para a cama, a sincronia de movimentos é perfeita. Aproximar cadeira, posicionar a pessoa, colocá-la em posição sentada e depois de pé, posicionarem-se por trás ou pela frente, agarrarem debaixo dos braços, pela cintura, agarrar pelas calças ou por uma cinta, rodar ou ajudar a dar uns passos, são sequências estruturadas e tecnicamente executadas só possíveis de efectuar em conjunto ou em complementaridade.

Observação

Como traziam os familiares um sumo de néctar, a auxiliar perguntou à enfermeira se podia dar; de imediato disse que sim; a AAM abriu; e quando a enfermeira de repente olha e vê néctar, diz: “Não, não, esse sumo não pode beber porque o Sr. é diabético.” Retirou, explicando ao Sr. e à família a razão.

Observação

Pede à AAM para trazer a cadeira de rodas (vão sentá-la). A AAM coloca um lençol. A Enf. C. senta-a na cama e posiciona-a para efectuar o transfere; - “Agora vamos pôr de pé. Ótimo. Eu bem disse que a Sra. fazia carga, sendo assim, vá... uns passinhos, ótimo.” (sentam-na na cadeira).

Observação

- AAM: é só mais uma volta. (acabam o banho, fazem a base da cama; veste-se a camisa) e as calças?
 - Não é preciso, está calor. Agora vai para o cadeirão. (Posicionam-se; fazem cadeirinha) - eu passo por traz (Enf.)
 - Eu pela frente.
 - Enf.- Claro. (coloca um lençol no cadeirão. Sentam a Sra., a AAM vai buscar a banda para imobilização). - Eu faço isso. (A AAM coloca o cadeirão para traz) - Assim não, para isso ficaria na cama. (posiciona-a quase sentada) está bem? a Sra. olha-a nos olhos; parece bem?
-

Observação

- Chama a AAM e pede ajuda para mudar a doente da cadeira para a cama.
- A Sra. Vai colaborar, porque pode. (Ambas conversam com a doente).
 - Vai agora para a cama, já está cansada, não? (
- Colocam a cadeira junto à cama. Pega uma de cada lado da doente. Já baixaram a cama. Deitam a senhora. Pegam debaixo do braço, uma de cada lado e diz a enfermeira – agora é só uma ajuda
- Um, dois e três
- Ambas colocam a senhora em posição junto à cabeceira.
-

O trabalho em equipa com as AAM promove o desenvolvimento de díades de actividade conjunta. Nestas díades, observam-se características que Bronfenbrenner (1997, 2002) define como propriedades da mesma. Dentro destas observamos: a reciprocidade e influência entre ambos os elementos da díade; o equilíbrio de poder, em que um dos elementos domina o outro em relação afectiva com a presença de sentimentos vários.

Neste processo, o aumento e ritmo das experiências, promovem a evolução para díades primárias. Contudo, não quer dizer que haja competência para agir na acção, ou seja, a competência envolve conhecimentos, análise, juízo e tomada de decisão, o que, como vimos, implica a responsabilidade, a decisão e a supervisão pelo enfermeiro. No entanto, a socialização face a uma linguagem comum está presente, dado a língua ser “um sistema de signos (*signes*) arbitrários e susceptíveis de composições infinitas, funcionando num quadro social identificado” Beaudichon, (2001: 33).

Em síntese, temos vindo a constituir o desenho da “tapeçaria”. A visão do todo, só possível a partir das partes é, na realidade, mais do que a sua soma. Além disso, o processo é dinâmico, multidireccional, multidimensional e centralizado em interacções / díades com vários sistemas. As díades promotoras de desenvolvimento de competências individuais ou colectivas são suportadas pela individualidade de cada pessoa, pelas competências individuais e transmitidas de pessoa a pessoa pela demonstração ou explicitação.

As situações da prestação de cuidados são interacções decorrentes de um eu que cuida e um outro que é cuidado. No detalhe do desenho, identificámos o funcionamento do serviço com normas que facilitam a organização e a gestão dos cuidados e promovem uma forma permanente de estar e fazer o que conduz, em situações semelhantes, à construção e mobilização de competências em interacção com o meio e fortalecidas pelas díades.

Temos constatado pelo desenvolvimento da investigação, que quanto maior o número de interacções existentes entre os elementos da equipa, quanto maior o número de sistemas em presença, quanto maior o grau de envolvimento no processo e as experiências vividas, maior o grau de empenhamento na situação. Existe transformação de conhecimento, integração, adaptação ou adequação de esquemas, enriquecimento do *habitus* o que contribui para melhorar a resposta nos cuidados.

As interacções observadas com um maior número de pessoas, a que Bronfenbrenner denomina de díades N+2 estão presentes no serviço. São interacções na equipa de saúde, relacionadas com a análise de problemas, partilha de experiências e a tomada de decisões.

A intervenção no doente visa um processo global, dinâmico e complexo suportado por interacções diádicas com diferentes elementos da equipa.

A enfermeira-chefe, identificada como elemento de segunda ordem, exerce influência indirecta no global da equipa e promove a prestação de cuidados integrado quer à filosofia do cuidar em enfermagem centrada na pessoa / família, quer à missão da instituição.

Este processo é potencializado na presença de díades de actividade conjunta caracterizadas por possuir significados comuns, resultado da capacidade do enfermeiro se colocar no papel do outro e de interpretar a partir dessa posição.

CAPÍTULO III

OS SABERES PROFISSIONAIS: UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A CONSTRUÇÃO DOS SABERES E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No percurso da investigação temo-nos centrado na visão interaccionista da realidade. O modo como os actores pensam, sentem e como interpretam e constroem significados, são partes desta abordagem em que o “empenhamento claro do humanismo para estudar o mundo social com base na perspectiva do indivíduo que interage” (Lincoln e Denzin, 1994:157) é factor da investigação qualitativa. O estar no terreno, a proximidade com os sujeitos permitiu apreender a subjectividade do ponto de vista estético, emocional, além do cognitivo e apreciar a melhor “arte” de cuidar.

Compreender as perspectivas das pessoas e as suas experiências foi, além da observação em diferentes situações, explorar a natureza e dimensão dos seus interesses e o modo como interpretam e constroem a sua acção. A intervenção na acção de cuidar envolve, como já analisámos, competências de auto-regulação, onde o profissional pensa os seus próprios pensamentos, se expressa e age. É nesta dupla do “Eu” e o “Próprio” que situamos a socialização da pessoa na interacção com o meio. O Eu enquanto iniciador e espontâneo é o impulsionador da acção, enquanto o Próprio é o agente da auto-regulação e do controlo social. O Próprio existe a partir do momento em que a acção se efectua e haja conhecimento dela.

Para Woods (1999:51) o “Próprio é parte de um grupo social, partilhando os valores desse grupo e usando-os para avaliar as iniciativas do Eu através da reflexão, e assim o indivíduo escolhe um percurso de acção” É nesta sequência que importa explorar a “objectivação” possível entre o Eu e o Próprio, os saberes enquanto pessoa / profissional, e a relação, quer com a socialização, quer com as funções no processo de desenvolvimento de competências (Quadro 12).

O processo de socialização efectua-se a partir de símbolos significantes e associados para formar uma personagem socialmente reconhecida (Dubar, 2000), fundamentadas em actividades molares (processo contínuo e prolongado no tempo).

Quadro 12 - Relação entre os saberes, as unidades em análise e dimensões

Domínio em análise	Unidades	Dimensões
Saberes	Actividade molar / Processo continuado	História de vida
		Profissão

A construção dos saberes está articulada com a socialização no contexto de trabalho, ou seja, com o *habitus* do serviço, o qual desenvolve a integração de esquemas de acção promotoras do conhecimento-na-acção e articuladas com o desenvolvimento do profissional. Neste processo intervêm a experiência de vida, a formação ao longo da vida e a aprendizagem organizacional, produtoras de saberes profissionais e do desenvolvimento de competências. Nesta continuidade, integramos a abordagem sistémica das competências¹⁴, evidenciando por um lado, os atributos do sujeito, e por outro a articulação com o contexto onde se situa.

¹⁴ A abordagem sistémica das competências vê as competências como combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores e perícias) que são usados para compreender e funcionar em situações particulares nas quais os indivíduos se situam. Ela agrupa elementos separados – capacidades dos indivíduos (que derivam de combinações de atributos) e as tarefas que precisam de ser desempenhadas em situações particulares (...). Permite incorporar aspectos éticos e valores como elementos do desempenho competente, a necessidade de prática reflectida, a importância do contexto e o factor de poder existir mais do que uma forma de exercer competentemente” (Hager e Gonczi, citado em Pires, 2005:290).

1. HISTÓRIA DE VIDA: A EXPERIÊNCIA FORMADORA

A interacção social é um processo de construção e de transições ao longo da vida. Constitui a base para a forma como percebemos e interagimos com os outros e guia a orientação da nossa conduta (Woods, 1999). Os enfermeiros no processo de cuidar desenvolvem competências de forma individual ou quando interagem no colectivo de trabalho, ou seja, desenvolvem as suas competências como uma “unidade funcional e bipolar”, em que o sujeito é sempre um sujeito situado e a sua situação percebida e representada de acordo com características individuais (Le Boterf, 1994). Assim, ao situarmos a socialização do profissional no percurso da história de vida, na socialização ao contexto e na aprendizagem e experiência ao longo da vida, estamos perante a identificação de determinantes do processo de construção de competências (Wittorski (1998). Como refere Pires (2005), citando Merle, Trépos, Turkal, De Terssac, a competência abarca um conceito de construção progressiva, de experiência e aprendizagens contextualizadas, mobilizando os diferentes saberes da pessoa.

1.1. VIVÊNCIA EXPERIENCIAL

Da análise das entrevistas efectuadas constatámos, no domínio da natureza biográfica e afectiva, a influência de vivências da infância cuja intensidade particular se impõe à consciência, extraindo informações úteis e significativas quer na relação consigo próprio quer na relação com o meio “*sermos retornadas marcou-me muito*” “*fora daqui não sou de grandes amizades*”(Entrevista semi estruturada G).

“Somos três irmãs. Estivemos em Angola, depois o termos vindo, o sermos retornadas marcou-me muito. A atitude da professora (...) por não saber. Eu tinha dificuldade na matemática e era um problema doido (risos). Estas coisas marcam-nos. (...) fora daqui não sou de grandes amizades.” Entrevista semi estrutura G.

A vivência de situações idênticas permite integrar a experiência utilizando sistemas de referência com interpretação social e cultural da acção e mobilizar ou transferir para outras situações. O significado do cuidar é associado a situações vivenciadas ao longo da vida bem como a sua reprodução se verifica de forma positiva noutras vivências. “*É como eu, lembro-me de quando era criança e ia para junto do meu pai ou da minha mãe e adorava estar com os colegas deles e ainda hoje me lembro disso e como tal faço para que ele (o filho) tenha também essa experiência*”

(entrevista etnográfica). Constatamos assim que as vivências na infância se constituem como actividades molares, desenvolvimentais e se reproduzem ao longo da vida e em situações similares.

E – Achei engraçado como o Miguel (filho de 3 anos) se encontra tão bem integrado com os colegas da mãe. De início chorava; é criança, mas depois fica muito bem disposto. É como eu, lembro-me de quando era criança e ia para junto do meu pai ou da minha mãe e adorava estar com os colegas deles e ainda hoje me lembro disso e como tal faço para que ele tenha também essa experiência.” Entrevista etnográfica.

Nesta sequência, os sujeitos têm uma imagem de si, vêem o seu próprio comportamento em termos de normas, valores e crenças generalizadas, assentando o *self* do adulto na infância (Woods, 1999).

Das situações relatadas pelos enfermeiros, muitas constituíram-se como vivências mais ou menos intensas, como “*acidente, doença, morte, situação difícil, que me marcou muito* (entrevista etnográfica). Estas situações integradas no domínio afectivo explicam o sentido atribuído ao cuidar relacionadas com situações limite e que implicam um envolvimento pessoal emocional. O trabalho interior efectuado, permitindo reflectir sobre situações vividas, onde se pensa o sentido, se experimenta e se observa “*a maneira de ver as coisas no dia a dia é diferente*”, ou seja, o processo de análise da experiência permite sair de si próprio e ir ao encontro do outro e falar do que aprendeu, “*eu acho que me envolvo mais (...) colocar-se no lugar do outro*”(entrevista semi estruturada A), promove as vivências, as “experiências”. Neste caso, a experiência implica a pessoa na sua globalidade de ser psicossomático e sociocultural: isto é, comporta as dimensões sensíveis, afectivas e conscienciais (Josso, 2002).

“Eu tive uma referência, o meu pai adoeceu. A maneira de ver as coisas e de encarar as coisas no dia a dia é diferente do que era antes. O meu pai passou...O facto de o ter acompanhado para todo o lado, também me ajudou a encarar as coisas de outra maneira. Eu acho que me envolvo mais com as pessoas me envolvo mais com os sentimentos das pessoas e familiares com aquilo que acho que é muito importante a gente às vezes colocar-se do outro lado” Entrevista semi estruturada A.

“Em certas situações, não quer dizer que é sempre, mas estou mais sensível do que certos colegas que nunca passaram sobre elas, colegas que tiveram experiências com pais que faleceram ou mãe ou avós nota-se. E quando nós passamos por uma experiência desta natureza conseguimos colocarmo-nos na situação da outra pessoa e vemos as coisas de maneira diferente” Entrevista semi estruturada M.

Também quando aquelas se referem a momentos menos positivos a transposição ao outro “eu penso que os outros estão na mesma situação, quando passamos por uma experiência desta natureza conseguimos colocarmo-nos no lugar do outro” (entrevista semi estruturada M), contribui para o crescimento de ambos.

Estas situações vivenciadas constituem-se como elementos de socialização, favorecedoras de um cuidar autêntico com centralidade na pessoa.

São experiências vivenciadas no microssistema mais restrito, a família, nomeadamente, com doença crónica ou com vivência da morte e que se constituem num processo de socialização primária *“teve a ver com a experiência de vida algo agravada com a morte de um familiar”* (entrevista semi estruturada B).

“Teve a ver com a experiência de vida algo agravada com a morte de um familiar próximo que me fez, enquanto pessoa, ir à procura de maneira que ele tivesse tudo, do que necessitava e hoje penso que os outros estarão na mesma situação.” Entrevista semi-estruturada A

Quando eu era pequena tive uma experiência de vida com um familiar próximo que me fez ... Difícil, porque a morte do meu pai quando era pequenina me marcou muito.” Entrevista semi-estruturada B

As vivências de socialização primária permitem, no serviço, encarar as situações vividas com os doentes e família, num processo interactivo com uma compreensão do papel do outro, capazes de se colocarem no seu lugar, compreendendo-o, envolvendo-se e partilhando sentimentos. As vivências significativas, resultado de um acidente existencial em termos de irreversibilidade, irredutibilidade e de imprevisibilidade, muitas vezes ligado a uma perda de sistemas de referência e trabalhadas sobre um conjunto de emoções, resulta numa reorganização do sistema de valores existenciais do enfermeiro, no sentido dado à vida e num compromisso da sua ligação com os outros e com o mundo. Como refere Josso (2002), a experiência existencial constitui o todo da pessoa e refere-se à identidade, à maneira como vive como ser.

Como temos verificado existe um trabalho emocional relevante por parte do enfermeiro durante o seu processo de interacção com as diferentes situações de cuidar e de difícil objectivação. No entanto, a introspecção permite a identificação dos factores internos da pessoa, contribui para a tomada de consciência do próprio e para a melhor resposta na situação. Por outro lado, as experiências relacionadas com vivências actuais potencializam a ligação à forma de cuidar, ou seja são factores pessoais e do contexto da vida que capacitam o indivíduo a estruturar a sua acção num determinado contexto, como *“a personalidade de cada pessoa; as relações sociais e interpessoais; a experiência de vida da pessoa”* (Entrevista semi estruturada B). Estes factores, contudo, devem ser construídos no dia a dia profissional.

“Acima de tudo tem a ver com a personalidade de cada pessoa, parece-me a mim que há pessoas mais sensíveis e há pessoas que são um pouco mais desligadas da parte humana, com relações sociais e interpessoais e há pessoa que não têm essa sensibilidade. Depois tem a ver com a experiência de vida da pessoa, estamos a falar concretamente da enfermagem, directamente relacionado com as competências da enfermagem.” Entrevista semi estruturada B.

“É assim: primeiro faz parte da nossa personalidade, a experiência de vida da pessoa acaba por se transpor para a vida profissional.” Entrevista etnográfica

“Depois à medida, já numa fase da adolescência, começou-se a registar...um bocadinho...pela área da saúde, perspectivando sempre a medicina (...)em filmes de médicos com hospitais...não têm habilitações, notas, (...)vamos por associações (...) fiz isto de uma forma mais ou menos pacífica (...) trabalhar com pessoas, com doentes e doenças...” Entrevista semi estruturada – D

“Falo com os meus pais sobre as coisas. Sempre foi assim, quando saio daqui falamos destas coisas e eles ajudam-me a ver melhor as coisas, a pensar, a decidir o que por vezes me é difícil, falo muito em casa...” Entrevista etnográfica.

O conhecimento destes factores pessoais são a “parte profunda e estruturada da personalidade da pessoa e pode prever o comportamento da mesma numa ampla variedade de situações ou actividades profissionais” (Ramos e Bento, 2006:94) que, sendo do âmbito pessoal, o sujeito tem um melhor controlo sobre a situação. Este é um dos factores intrínsecos ao desenvolvimento de competências que articulado e colocado em acção pelo sujeito constitui a competência, juntamente com factores de suporte (mecanismos organizacionais necessários à acção).

A socialização constitui-se assim, por situações vividas à posterior e são caracterizadas por transacções com o próprio, com os outros e com o meio natural. Enquanto construção da experiência, verifica-se uma vivência (espanto) - ser-se surpreendido, de maneira mais ou menos intensa, o que implica efectuar um trabalho interior, (no fundo o que é que se passa? o que foi experimentado, sentido, observado selectivamente); uma simbolização ou nomeação, (expressão para os outros do que se passou e do que aprendeu). Neste continuum, a resposta a um novo questionamento a partir do que foi vivido e do conhecimento da experiência: (para que me vai a experiência servir? o que vou fazer com ela?) permite a utilização de uma linguagem que envolve um ou mais sistemas de referência. (Josso, 2002).

Este percurso do conhecimento de si, do todo da pessoa, da maneira como viveu e se sente constitui a experiência existencial.

Ramos e Bento (2006) refere que a experiência, juntamente com as aptidões, traços de personalidade e conhecimentos constituem os inputs caracterizados por: valores (values), que se expressam nas ideias e orientações de vida; *“há pessoas mais sensíveis e há pessoas que são um pouco mais desligadas da parte humana, (...) há pessoa que não têm essa sensibilidade”*; auto-conceito (self-concept) corresponde à forma como o indivíduo se vê; *“faz parte da nossa personalidade, da educação que os nossos pais nos dão, (...) o que somos pessoalmente”*; traços (traits) são características físicas e psicológicas ou respostas a determinadas situações e motivação (motives) *(...) na adolescência, começou-se a registar trabalhar com pessoas (...) com doentes e doenças* (Entrevista semi estruturada G) que guia e direcciona as acções com o intuito de atingir determinado objectivo.

1.2. A FORMAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A formação experiencial ocorre ao longo do percurso formativo e pressupõe o contacto directo com o fenómeno e a possibilidade de agir. Faz apelo a uma perspectiva temporal e intersubjectiva. Este facto evidencia o papel activo do profissional na relação com a construção da sua formação. É nesta dimensão que a experiência, enquanto abertura sobre experiências passadas e interacções de acções futuras, constitui momento de formação.

Constatámos a mobilização da reflexão a partir de momentos vivenciados no percurso de vida, proporcionando a interiorização do conhecimento, o que, quando contextualizado, ajuda a efectuar uma representação cognitiva pela tomada de consciência “(...) *lembro-me (...) daquilo que escrevi (...) consegui pôr cá para fora (...) quando a gente vai pensando em certas coisas também vai à procura (...)*” (Entrevista semi estruturada,B).

Estas experiências, numa articulação consciente entre a actividade, a afectividade e a sensibilidade, objectivam-se no agir em contexto e constituem a experiência formadora (Josso, 2002) .

Na mobilização da reflexão neste tipo de vivências, promotoras de uma formação experiencial¹⁵, os sujeitos vivenciam o encontro com algo inesperado relacionado com transformações menores,

¹⁵ Formação experiencial – contacto directo entre o sujeito e o objecto e que, normalmente, se finaliza na acção. Está presente neste processo “uma implicação da pessoa em todas as suas dimensões (cognitiva, afectiva, comportamental e as mudanças provocadas pela formação experiencial fazem-se sentir a diferentes níveis (conhecimentos, capacidades, comportamentos, atitudes, auto imagem, etc.) a formação experiencial não se limita ao desenvolvimento do saber fazer ou de capacidades instrumentais” (Landry, 1989:16 in: Pires, 2002:199).

colocando em jogo um cenário de observações e de práticas de conhecimento, através da mobilização de meios metodológicos.

Num dos relatos, o enfermeiro, enquanto estudante, foi colocado em interacção consigo próprio, com os outros e com o meio natural em que as coisas ocorreram “*Mas lembro-me muito bem daquilo que escrevi*” “*consegui pôr cá para fora pela primeira vez aquilo que nunca tinha conseguido*”

“Mas lembro-me muito bem daquilo que escrevi e pela primeira vez também consegui pôr cá para fora pela primeira vez aquilo que nunca tinha conseguido fazer e eu acho que quando a gente vai pensando em certas coisas, também vai à procura. Foi sobre a vivência da morte do meu pai.” Entrevista estruturada B

“Na escola, num tema sobre a morte, foi pedido para escrevermos e lembro-me que sem nunca ter estudado nada, sem nunca ter pensado nada escrevi e tinha a ver com aquela autoraque fala sobre as diferentes fases ...a revolta e ... tudo tinha a ver com as fases que ela descreve. A partir daí comecei a interessar-me cada vez mais.” Entrevista semi estruturada B

Apesar de vivenciada a situação numa primeira fase, a reflexão mobilizou algum grau de desconhecimento, o que põe em comum os dois tipos de construção de experiência *à priori* e *à posteriori*. As experiências de vida mantêm-se no nosso inconsciente e são presentes à consciência, durante um processo reflexivo, expressando-se pelo significado e pelo sentido dado na altura.

Na realidade constatamos, pela descrição do modo como viveram a experiência, o sentido atribuído à mesma, ao que foram e sentiram na altura e ao que lhes aconteceu. Como diz Larrosa Bondia (2002), a experiência é “o que nos passa”, “o que nos acontece” “o que nos toca”. Esta tomada de consciência requer um gesto de interrupção, parar para pensar, para olhar, para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar e escutar mais devagar, parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes e falar sobre o que nos acontece. Desta forma, a experiência vivida, reflectida e partilhada possibilitou a aprendizagem significativa, com repercussões no profissional “*A partir daí comecei a interessar-me cada vez mais*”.

A formação em alternância, ocorrida durante a formação em enfermagem, promove o contacto com situações práticas relacionadas com a teoria, no entanto, a assimilação e a integração do conhecimento só acontece num processo de negociação contínua, mediado pelo enfermeiro orientador.

Este processo, quando presente, integra momentos de suspensão do automatismo da acção, cultiva a atenção, a delicadeza, o abrir os olhos e os ouvidos, e falar sobre o que acontece, ou seja, dar tempo e espaço para viver na realidade a experiência. A aprendizagem na escola tem, assim, um

efeito positivo e continuado e constitui-se enquanto actividade molar, desde que se manifeste como díade desenvolvimental, que produza alguns afectos, que inscreva algumas marcas e que deixe alguns vestígios e efeitos (ib. Opc.) *“tenho construído isto ao longo da vida profissional com base na escola, isso tenho muito presente”*.

A construção da aprendizagem situa-se nos contributos conceptuais (conhecimentos sobre o cuidar) e nos contributos didácticos (modelagem da prática, do feedback e do treino (coaching) (Joyce e Showers, 1988, citado em Day, 2001).

“Tenho construído isto ao longo da vida profissional com base na escola, isso tenho muito presente. E há coisa que ao fim de 10 anos ainda me vem à memória. Teve em mim uma influência muito forte”. Entrevista semi estruturada G

No entanto, a orientação pode conduzir a emoções menos gratificantes e manifestadas *“não era a maneira como ela trabalhava, era a maneira como ela me orientou”* (entrevista semi estruturada F). Esta situação ligada à aptidão emocional é definida por Goleman (1995) como uma meta-habilidade que determina o modo melhor ou pior como seremos capazes de usar outras capacidades que possamos ter, incluindo o intelecto puro. Assim, fazem parte dos requisitos essenciais do conhecimento *“conhecer as nossas emoções, a capacidade de as gerir, de nos motivar a nós próprios e de lidar com relacionamentos”* (Day, 2001:301), além de *“sintonizarmo-nos emocionalmente com nós mesmos”* (Goleman, 1995:62), ou seja, sermos possuidores de inteligência intra-pessoal. Este facto manifesta-se como um sentimento-visceral essencial para a inteligência interpessoal, também definida como meta-cognição, ou seja, mobilizadora dos nossos próprios processos mentais. (Ib. Opc.).

“Eu tive um orientador de estágio no 4º ano que eu simplesmente adorei, quase uma paixão. Aquilo que eu queria ser quando fosse grande (...)como enfermeira (...)aquela calma..., a distância no tempo não deixa de ser uma referência. Mas, no estágio de medicina no 3º ano, detestei tudo, mas tudo, a professora dizia-nos que temos que nos adaptar àquela pessoa...mas eu não me consegui adaptar. Não era a maneira como ela trabalhava era a maneira como ela me orientou (a cooperante)”.Entrevista sem estruturada F.

“A escola tem uma presença muito forte em mim. Algumas pessoas chave que nós identificámos e nos pareceram importantes, são referência ainda hoje, apesar de outros terem opiniões diferentes, nada abala a minha posição.” Entrevista semi estruturada A.

A experiência é integrada quando ligada a um processo cognitivo afectivo e relacional e mediado por estratégias reflexivas, o que condiciona, não só a experiência enquanto tal, mas a sua mobilização ao longo da vida, quer da experiência, quer da estratégia mobilizada, como sistematizamos nas palavras proferidas por um enfermeiro *“em questionar as coisas (...) essa base ficou muito sólida e às vezes não consigo fazer as coisas mas adapto-me (...) A equipa que nos acompanhou tem grande peso na maneira como sou como enfermeira”* (entrevista semi estruturada D).

Por outro lado, a experiência contextualizada, a integração dinâmica dos diversos tipos de saberes, a singularidade da situação, pela dimensão inovadora da prática, dá sentido à acção, à (re)produção e (re)construção do conhecimento através de um questionamento sistemático, promovendo a aprendizagem experiencial. Existe uma consciência e auto-consciência crítica no sentido de uma atenção continuada dada aos estados íntimos e que atribui um novo sentido ao cuidar, *“(...) no meu curso, a forma como o curso foi conduzido (...) tem grande peso na maneira como sou como enfermeira”* *“há coisas que não deixo de fazer”* (entrevista etnográfica). São também as vivências passadas do percurso formativo que permitem numa primeira fase a socialização ao contexto de cuidados e que promovem a integração de esquemas. Estas situações quando vividas de modo positivo são promotoras de interiorização de conhecimento e posterior aplicação na acção.

“Sempre tive alguma preocupação em questionar as coisas. Eu sei que nem sempre é possível trabalhar como nos inculcaram na escola, ou como nos tentaram explicar. Mas essa base ficou muito sólida e às vezes não consigo fazer as coisas mas adapto-me ... mais uma adaptação do que uma exclusão do que me foi dado pela escola. É engraçado, no meu curso, a forma como o curso foi conduzido e eu não vejo só em mim, mas também nos meus colegas, A equipa que nos acompanhou tem grande peso na maneira como sou como enfermeira. Entrevista semi estruturada – D.

“não nos centrarmos em nós mas nas necessidades dos outros, no que eles precisam e não no que nós pensamos que eles precisam e não haver estereótipos, rotinas muito institucionalizadas porque não é (...) e não são realistas e vontade em evoluir; espírito crítico, tentar ao máximo captar a autonomia da pessoa e a sua individualidade”. Entrevista semi estruturada D

“Perante os doentes, tento perceber o que precisam, nem sempre respondo, mas na maioria das vezes há coisas que não deixo de fazer.” Entrevista etnográfica

A capacidade de olhar a experiência vivida, de analisar interiormente, de efectuar uma análise introspectiva *“o que me acontecia é que eu junto das pessoas tentava agir de maneira sempre igual e agora estou mais perto, envolvo-me mais”*, permite reflectir sobre a mesma, tomar consciência de

si, do que sentiu, do que a levou a agir daquela maneira “*Acho que é positivo ver as coisas de outra maneira*”, “*não preciso de agradar a ninguém*”.

Neste processo, e centrando-se na experiência vivida, a projecção no futuro determina o agir profissional. Constatámos a construção da experiência, quando os enfermeiros, após reflexão, perspectivam agir no futuro “*a minha posição alcançada e segurança suficiente para o que eu acho que é melhor e não porque sim*” “está institucionalizado e que nós achamos ser “boa” enfermagem. Isto em termos profissionais” (Entrevista semi estruturada D).

“A diferença que existe do antigamente para agora é que dantes o que me acontecia é que eu junto das pessoas tentava agir de maneira sempre igual e agora estou mais perto envolvo-me mais. Antes de ser enfermeira sou pessoa. (...) Eu acho que me envolvo mais com as pessoas, me envolvo mais com os sentimentos das pessoas e familiares (...) estar do outro lado. Acho que é positivo ver as coisas de outra maneira. Entrevista semi estruturada D

“É ter grande espírito crítico, não faço igual aos outros porque todos fazem, mas e hoje em dia porque estou neste serviço há 8 anos e sinto que estou integrada, não preciso de agradar a ninguém e tenho a minha posição alcançada e segurança suficiente para o que eu acho que é melhor e não porque sim. Não tenho problema nenhum em assumir isso.” Entrevista semi estruturada D

A construção da experiência passa assim por ter experiência, pelo que foi vivido; por fazer experiência, pelo que se propõe viver e pensar a experiência, pela reflexão sobre a mesma (Josso, (Ib. Opc.)

Este saber construído pela experiência, no serviço e ao longo do tempo, promove a segurança, o espírito crítico e a tomada de decisão, gestos que funcionam como símbolos significantes e que caracterizam o papel profissional.

O envolvimento de aspectos afectivos e emocionais, além de cognitivos, mobiliza, simultaneamente, a inteligência cognitiva e emocional, também definida como inteligência intra-pessoal. É esta última que contribui para as qualidades que nos tornam plenamente humanos “(*... antes de ser enfermeira sou pessoa (...) envolvo-me mais com os sentimentos das pessoas e familiares (...) estar do outro lado*” “*Acho que é positivo ver as coisas de outra maneira*”.

“É preciso a pessoa ter uma certa segurança na importância que estas coisas têm e no que deveria ser o papel do enfermeiro para depois poder conduzir as coisas assim e lutar um bocadinho ... um bocadinho, dentro do que é possível, contra o que está institucionalizado e que nós achamos que não é “boa” enfermagem. Isto em termos profissionais” Entrevista semi estruturada D

Neste sentido, Caine e Caine (Day, 2001) identifica quatro qualidades nucleares nos professores, que transpomos para o enfermeiro-orientador enquanto facilitador da aprendizagem e que são:

O sentido de auto-eficácia fundado na autenticidade;

A capacidade de construir relações que facilitam a auto-organização,

A capacidade de estabelecer ligações entre sujeitos, disciplinas e vida;

A capacidade de se envolver num processo reflexivo, de crescer e de se adaptar (Ib. Opc.309).

Desta forma, constituem-se as competências necessárias aos cuidados de enfermagem como uma progressiva aplicação do conhecimento e decisões de habilidades psicomotoras e interpessoais que contribuem para a saúde e bem-estar dos doentes / clientes. Nesta continuidade, *The NC Board of nursing* (2004) vê o desenvolvimento das competências através do modelo da prática reflexiva e que responde a quatro dimensões: responsabilidade; conhecimento baseado na prática; prática ética-legal e colaboração, dimensões similares ao perfil de competências definido para o enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003). Este modelo, como temos vindo a constatar na prestação de cuidados em enfermagem, enquadra todas as actividades de cuidados de enfermagem que temos analisado.

1.3. APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL

Enquanto partilha de situações, de sentimentos, de saberes específicos, da singularidade do processo saúde / doença, da relação com o doente / família, existe a assimilação, a adaptação e a integração de novos esquemas, ou seja, a aprendizagem experiencial centrada na experiência pessoal, na reflexão e na transformação da experiência (Burnard, 1997), promotora de auto-consciência e do envolvimento diferente na situação, como observamos num relato dum enfermeiro.

“Eu acho que me envolvo bastante nas situações e tenho agora os meus sentimentos à flor da pele, de há uns anos para cá tenho procurado desenvolver a minha prestação. Tento envolver-me mais no serviço, na pesquisa bibliográfica, penso que é importante na nossa profissão e depois o facto de haver sempre um reviver, um relembrar das coisas.” Entrevista semi estruturada

F

No serviço são observados momentos de reflexão, momentos formais de explicitação do conhecimento que, posteriormente, se reproduzem em protocolos no serviço ou a nível mais amplo na organização (combinação de conhecimento). Este facto foi constatado, ultimamente, com o trabalho efectuado sobre a CIPE e que se centrou em reflexões sobre a prática, em pesquisa teórica e partilha em grupo além de sínteses e elaboração do manual *“além de rever conceitos, envolvendo muita pesquisa”*.

A estratégia passou por uma abordagem interpretativa, identificação de focos do serviço, resolução de problemas com cooperação efectiva entre pessoas com diferentes papéis e experiências (peritos) e a gestão do desenvolvimento de um conjunto de habilidades e qualidades pessoais e profissionais, tendo sido trabalhado e reformulado continuamente através de acções e de consensos *“a discutir (...) embora cada serviço tenha as suas características, integrarmo-nos uns nos outros e reflectirmos e discutirmos (...) para chegar a um consenso”* (Entrevista semi estruturada B). Constituiu-se por momentos organizado de reflexão no serviço, em grupos restritos, posteriormente mais alargados, inter-serviços e entre os diferentes hospitais.

A CIPE constituiu-se assim, como um modo de aprendizagem de acordo com o que referem alguns dos entrevistados *“o modo de adquirir, interpretar, reorganizar, mudar ou assimilar um conjunto relativo a habilidades e sentimentos individualmente ou em grupo”* (Marsick, citado em Flanagan, 2000:367).

“A CIPE, dinamizadora desse trabalho, tem sido muito gratificante, foi muito importante porque para além de rever conceitos, envolvendo muita pesquisa, envolve muito trabalho conjunto (...) No centro hospitalar fiz parte daquele

grupo em que juntámos os três hospitais a ver o que fazer e isso enriqueceu me bastante” Entrevista semi estruturada A.

“E – Não tenho feito mais nada. Aqui dentro anda um pouco parada no centro de formação. Agora vai haver uma formação em serviço e pronto. (...) Mas agora tenho trabalhado a CIPE, protocolos e isso também acaba por desenvolver a pessoa e a dinâmica do serviço.” Entrevista semi-estruturada A

“Porque a gente a discutir reflecte e isto também faz falta. E no serviço já vamos fazendo de maneira diferente de acordo com aquela situação e a pessoa do outro serviço - medicina e especialidade Fazemos coisas da mesma maneira e até com determinado doente e isso foi benéfico e conseguimos, embora cada serviço tenha as suas características, integrarmo-nos uns nos outros e reflectirmos e discutirmos amigavelmente para chegar a um consenso.” Entrevista semi-estruturada B

“Em relação à CIPE, inicialmente o que se fez foi 2 ou 3 elementos da medicina com 2 ou 3 da urgência com 2 ou 3 de outro serviço. Fizemos uma reunião para percebermos os pressupostos da CIPE, durante 3 dias; a partir desta reunião, cada serviço tentou ver quais os focos mais usuais que poderiam existir no seu serviço e então estes focos foram identificados na medicina dos três hospitais e juntaram-se todos os focos, posteriormente os diagnósticos, e acções de enfermagem. Depois duas pessoas de cada serviço juntaram-se novamente e chegaram a uma conclusão para sair o manual, que foi validado a nível dos serviços em particular e depois no global.” Entrevista semi estruturada B

É no contexto de dimensão colectiva, que os sujeitos confrontam os seus saberes com a experiência, os transferem para o terreno, os mobilizam e os explicitam em normas de modo a circularem – conhecimento combinado (explícito em explícito) (Nonaka e Takeuchi) e desenvolvem competências (Reinbold e Breillot, 1993).

Como refere (Huber, 1991) uma entidade aprende quando existe modificação dos comportamentos e processamento de informação, o qual ocorre através de visões partilhadas; conhecimento e modelos mentais construídos sobre o conhecimento passado e a experiência (memória organizacional).

Da análise que temos vindo a efectuar, o estilo de aprendizagem enfatiza a experiência concreta e a observação reflexiva, além de desenvolver e prever intervenções alternativas, ou seja, existe um estilo divergente, aspecto concordante com o estudo efectuado por Abreu (2001), com estudantes e enfermeiros, num serviço de medicina.

Em síntese, como se verificou, o conceito de experiência e de formação articula-se numa retroacção em que cada processo pode, alternadamente, tornar-se o referencial do outro complementando-se, num processo de aprendizagem.

A aprendizagem experiencial é, assim, resultado da socialização do conhecimento a partir de experiências pessoais, ou profissionais. Enquanto socialização primária ou secundária, promove a formação de actividades molares que, na interacção com os pares fortalece as díades, promove a segurança, o espírito crítico, a tomada de decisão, em suma, os saberes profissionais. As experiências passadas são essenciais na vivência de situações similares presentes, contribuindo para a tomada de decisão.

Paralelamente com a ilustração do ciclo colectivo aberto de Huberman, construímos um cenário plausível para o desenvolvimento da aprendizagem dos enfermeiros. Enfatizamos a importância de um processo colaborativo ao longo do tempo, quer com colegas, professores, ou outros profissionais. Os contributos conceptuais são fundamentais para questionar, iluminar e construir o conhecimento prático. Os processos reflexivos existentes ao longo do ciclo favorecem a auto-consciência, no sentido de atenção continuada dada aos estados íntimos, que como refere Goleman, nessa consciência auto reflexiva a mente observa e investiga ela própria as experiências, incluindo as emoções.

Constatamos que algum do significado atribuído pelos enfermeiros a situações de cuidar se relaciona com vivências pessoais ao longo da vida e que a gestão das emoções é parte integrante do trabalho profissional.

Durante as situações vivenciadas existe uma assimilação e integração da experiência e capacidade de auto consciência profissional, o enfermeiro é capaz de observar as suas reacções àquilo a que o

doente lhe diz. Este facto mantém activa a auto-reflexão, fundamental neste processo de tomada de consciência.

Perante este processo de construção de si, enquanto pessoa e profissional, da construção da experiência, da sua vivência e da relação com o contexto, que se constituem as actividades molares, resultantes da socialização com o contexto e que contribuem para um saber profissional específico associado a papéis¹⁶ desempenhados, ou seja, ligados a funções da categoria profissional do enfermeiro (Dec. Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro). Segundo Collière (2003) alguns destes papéis pertencem à humanidade mas é aos enfermeiros que é atribuída a responsabilidade social de os assegurarem, pela formação que têm.

¹⁶ Entende-se papel como uma série de actividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação aquela pessoa (Bronfenbrenner, 2002) ou de acordo com Dubar (1997: 92) é o conjunto de gestos que funciona como símbolos significantes e associados para formar um “personagem” socialmente reconhecida.

2. OS SABERES PROFISSIONAIS: A IDENTIDADE PROFISSIONAL

No serviço a preocupação na individualização, na centralidade em focos problema e na análise dos factores intervenientes e hipóteses de solução com base na experiência, evidenciam uma preocupação na transformação de conhecimento de situações da prática *“Quando surge um novo problema com um doente, a enfermeira responsável vai analisar tudo, mas tudo, registos ... tudo o que se passou,(...), faz um pequeno relatório descrevendo, analisando e questionando... apresenta e discutimos* (entrevista enfermeira- chefe)

Assim, constatamos três fases (Enriotti, 1991):

1. A fase da acção onde descrevem a situação vivida a partir da experiência, completada com dados que a descrevem e a caracterizam. Permite identificar o “vivido”;
2. A fase da reflexão, em que o “vivido” se torna experiência pela descrição acumulada de vivências idênticas e da mesma natureza, e se analisa a situação. Constata-se um saber implícito e pluridimensional pela análise das diferentes dimensões em jogo – cognitivas, afectivas e relacionais e de aplicação prática. Esta fase de passagem do vivido à experiência é caracterizada por englobar um trabalho de reflexão individual, o qual exige um investimento pessoal e tempo;
3. A fase de socialização, com a passagem do implícito ao explícito, é efectuada pela discussão no grupo de colegas. Nesta etapa é fundamental a capacidade de escuta e de confiança recíproca.

Este processo permite a tomada de consciência, a reflexão com base na situação vivida, a interiorização da situação, a sua apreensão, assimilação e integração levando à transferência para futuras situações.

“Ultimamente até temos feito o seguinte: quando surge um novo problema com um doente, a enfermeira responsável vai analisar tudo, mas tudo, registos ... tudo o que se passou, (...), faz um pequeno relatório descrevendo, analisando e questionando... apresenta e discutimos. O objectivo é para ver o que aconteceu e o que podemos fazer de diferente em situações idênticas futuras” Entrevista de especialista enfermeira chefe.

“Outro aspecto que penso ser importante é o que se relaciona com a tomada de decisão. É importante que os enfermeiros tomem a decisão face ao que têm na altura”. Entrevista etnográfica - Enfermeira chefe.

Os momentos de reflexão e discussão com base em situações vividas permitem um distanciamento da situação e a transferibilidade para novas situações ou situações idênticas, além de desenvolver a

análise do conhecimento em acções efectuadas na prática. “*falámos do que sentimos*”, “*em termos de qualidade não estamos a fazer uma reflexão dos cuidados que prestamos mas podíamos parar um bocadinho*” . Apesar destes momentos criados no serviço ainda assim, os enfermeiros referem “*Tínhamos reuniões de serviço de 2 em 2 meses, 3 em 3 meses e a equipa nesse momento parava para reflectir*” (entrevista semi estruturada B), “*vermo-nos para melhor vermos fora de nós*” ou seja, efectuar um auto exame que convida a dialogar, ou seja, um centrar-se sobre nós próprios, e como tal, necessita sempre de um outrem para desenvolver as suas próprias virtudes e forças reflexivas autónomas (Morin, 1981). De acordo com Morin, (Ib. Opc.:123). Estes momentos de ruptura com o pensamento tradicional fazem apelo ao pensamento complexo, que exige: “que nos situemos na situação”; “que nos compreendamos na compreensão;”que nos conheçamos conhecedores”.

“As reuniões de enfermagem geralmente são reuniões em que falamos do serviço em termos práticos mas (...) informalmente há sempre um debate sobre qualquer coisa que nos afecta e geralmente há sempre alguém que traz para a mesa determinadas coisas. Tínhamos reuniões de serviço de 2 em 2 meses 3 em 3 meses e a equipa nesse momento parava para reflectir e neste momento a equipa não fala...não há aquele espaço para a gente falar e ver como o outro faz, eu também posso fazer e se o outro não faz e eu faço então devo fazer e faz-se e mais nada. Faz-se... percebe? Entrevista semi estruturada B

A gestão deste processo é possível pela postura de supervisão do comportamento global. Este é uma consequência emergente da soma contextual do conjunto dos comportamentos nele integrado, ou seja, do desempenho das competências dos actores na organização, aqui, referenciada a postura de supervisão à enfermeira chefe do serviço.

A aprendizagem organiza-se ao nível do sistema micro (serviço) e na interacção com o meio. O sistema macro abrangendo uma visão mais alargada, integra um processo individual e grupal. A aprendizagem organizacional é resultado do desenvolvimento da organização através da aquisição de novo conhecimento e da sua utilização. (Fiol e Lyles, 1985)

“É muito gratificante para mim ser recebida neste serviço como sendo a minha segunda casa. Este serviço é bastante acolhedor e somos valorizados por aquilo que somos. Cada pessoa tem a sua maneira de ser e de estar na vida, e como tal respeitam-se os valores, crenças, convicções de todos, sem que isto interfira no bom e correcto funcionamento do serviço.” Entrevista semi estruturada D

O enfermeiro mobiliza a cognição-acção-significados, ou seja, efectua aprendizagem na acção (Action learning), mobiliza um processo de construção de significados resultante da interacção do

indivíduo com o mundo real, num processo dinâmico de uso e reformulação do que sabe - conhecimento (Follet, 1995; Hirota, Lanteline, 2005:), reflecte sobre o estilo de aprendizagem pessoal, sobre métodos e técnicas mais eficazes, sobre as situações de cuidados, reflecte em experiências passadas resultando daí uma maior capacidade para aprender e resolver problemas, independente do maior ou menor conhecimento sobre o assunto – utiliza a meta cognição.

A reflexão acompanha todo o processo de cuidar caracterizado por incerteza, instabilidade e conflitos de valores.

Apesar do conhecimento implicar um processo reflexivo definido por Schön (1983) como um vector fundamental no processo de aprendizagem, é através da reflexão sobre o resultado das acções desenvolvidas que o enfermeiro aprende, tornando-se mais competente. Para o autor, o conhecimento está implícito e constitui o conhecimento tácito, também integrado nos nossos sentimentos, pelo que os sentimentos vivenciados durante a acção de cuidar integram a reflexão sobre a acção. O sentido atribuído à forma de cuidar torna-se de tal maneira espontâneo, automático e intuitivo, que os profissionais respondem de acordo com as finalidades sem, muitas vezes, se questionarem. Através da reflexão, os enfermeiros analisam e criticam os seus pressupostos tácitos “há muitos cuidados que estão a ser realizados de forma a ... que... é normal, faz-se porque é o normal”, pelo facto de se adquirirem pela experiência repetitiva.

A tomada de consciência, a necessidade de reflectirem sobre a sua prática, a importância da qualidade no cuidado que prestam são questionados pelo próprio enfermeiro, como refere “*Há muitos cuidados que estão a ser realizados de forma ... que... é normal, faz-se porque é o normal e ninguém reflecte o motivo, nomeadamente (...) toda a gente tem saturações e isto não é normal; enquanto enfermeiros não estamos a avaliar nada*”. A consciência de que só se pensa nas coisas quando se pára e se reflecte, é verbalizada quando dizem “*Nós, equipa de enfermagem, eu acho em termos de qualidade que não estamos a fazer uma reflexão dos cuidados que prestamos mas podíamos parar um bocadinho*” (Entrevista etnográfica).

Na realidade, a construção do saber faz-se reflectindo sobre as próprias acções, apesar de terem presente que a chefe “*não nos deixa descansar (...), está sempre atenta e faz tudo para não falharmos*”, os momentos de discussão são sentidos como contributo à qualidade dos cuidados.

“Aquilo que dantes conseguíamos reflectir um bocadinho nas passagens de turno com a nossa chefe, agora não acontece. (...) Nós enquanto equipa, acho que não temos aquela capacidade em querer por que achamos que é normal, ela como está de fora vê as coisas com outra perspectiva”.

“A chefe não dorme de noite ... (diz uma enfermeira), pensa-as todas e depois não nos deixa descansar (...), está sempre atenta e faz tudo para não falharmos.

Agora até põe junto aos processos o nome para colocarmos. Faz parte das normas de certificação”. Entrevista etnográfica.

Estamos perante a capacidade cognitiva de colocar o conhecimento no seu contexto e situá-lo no conjunto em que se inscreve, o que contribui para o conhecimento pertinente, caracterizado pela capacidade de contextualizar e de globalizar (Morin, 1999). Assim, a mudança desenvolvimental ocorre, simultaneamente na acção e na percepção. Segundo Bronfenbrenner (1996) a nível da percepção este processo vai além da situação imediata, abrangendo um quadro de outros ambientes no qual ele participou activamente, ou de outros, em que não teve nenhum contacto face a face ou ainda padrões consistentes da organização. A nível da acção, passa pela dinamização de estratégias de modo a proporcionar feedback sobre a natureza de sistemas em acção.

Perante a análise efectuada e do que observámos, a partilha desejada e efectuada pontualmente no serviço é promotora de transformação do conhecimento de tácito em explícito e em normas ou outras orientações postas ao colectivo do serviço.

Esta forma de reflectir os problemas da prática, parece enquadrar-se no ciclo de aprendizagem triplo (deutero-learning) definido por Argyris e Schön (1978, citado em Pires, 2005) em que o sujeito modifica a sua forma de aprender, com base nas aprendizagens efectuadas, reflectindo sobre os contextos que as proporcionam e perspectivando novas aprendizagens¹⁷. Neste âmbito,

¹⁷ Argyris e Schon (Pires, 2005:226) consideram três tipos distintos de ciclos: a aprendizagem em ciclo simples (*single loop learning*) – o sujeito aprende por correcção da sua acção, em relação aos objectivos propostos. Não existe qualquer modificação ao nível do sujeito: valores, objectivos, e princípios orientadores. A aprendizagem em ciclo duplo (*double-loop learning*) – o erro é detectado e modificado através da

Huberman (Day, 2001) integra esta forma de aprendizagem no ciclo colaborativo aberto, enfatizando um trabalho colaborativo ao longo do tempo mas com interferência de outros no grupo ou seja, com a existência de parcerias e redes de aprendizagem colaborativa como se observa com a formação de estudantes.

Perante o que temos vindo a analisar, o processo de transformação de conhecimento pela aprendizagem pela experiência, parte da identificação de um fenómeno enquanto situação problema e é baseado numa análise reflexiva, como sistematizamos no seguinte Diagrama 20. Existe um questionamento sistemático ao longo das diferentes etapas, ao mesmo tempo que se observa experiência e se conceptualiza. Este processo evidencia a relação entre acção, reflexão acção, bem como o questionamento e fundamentação subjacentes ao processo de construção do conhecimento na acção.

modificação das normas, de políticas ou objectivos da organização. O sujeito aprende ao pôr em causa objectivos e pressupostos.

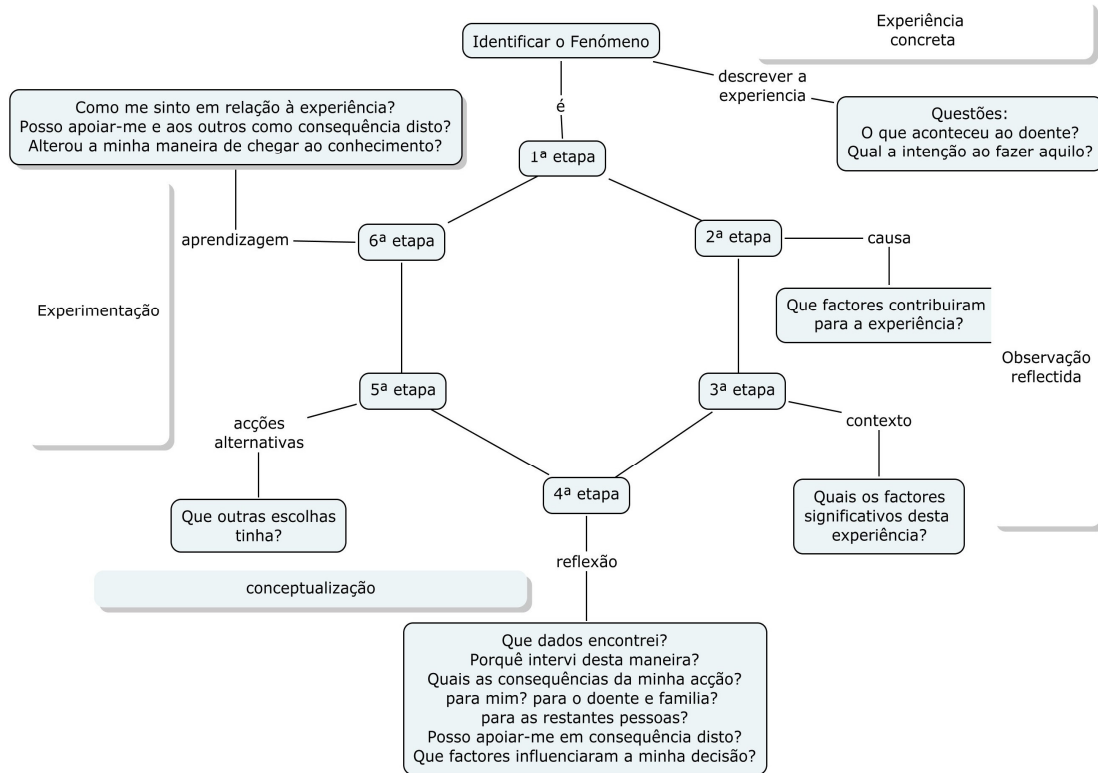


Diagrama 20 – Processo de desenvolvimento de análise reflexiva sobre uma situação problema da prática de cuidados baseado em Johns (1993) e Burnard (1996).

A aprendizagem experiencial é, assim, caracterizada por um processo contínuo baseado na transformação da experiência e na criação de conhecimento, ambos eixos constituintes do modelo de aprendizagem experiencial de Kolb (1984). Neste modelo parte-se de uma experiência concreta, para um segundo nível de reflexão e análise da situação comparando-a com outras idênticas e tentando encontrar o sentido e, posteriormente, para um terceiro tempo de conceptualização, ou seja, de confronto com outras teorias, privilegiando as ideias e conceitos em detrimento de intuições e sentimentos.

Da análise que temos vindo a efectuar, verificamos um estilo de aprendizagem que enfatiza a experiência concreta e a observação reflexiva, além de desenvolver e prever intervenções alternativas, ou seja, existe um estilo divergente, aspecto concordante com o estudo efectuado por Abreu (2001), com estudantes e enfermeiros, num serviço de medicina.

2.1. GESTÃO: O ENFERMEIRO GESTOR DE CUIDADOS

A interacção da enfermeira-chefe nas diferentes determinantes do serviço promove um agir no sistema micro em conformidade com as orientações a nível meso e macro, ou seja, articula a gestão de recursos humanos e materiais, a gestão de cuidados e de interacções na equipa, como já referimos. Partilha as responsabilidades com colegas da equipa, como refere *“não me custa delegar, e cada vez mais acho importante fazê-lo”*.

Em situações problemáticas, pouco claras, que nem sempre encontram resposta individual do profissional, pelo envolvimento emocional. A necessidade de uma postura de distanciamento, um olhar abrangente e complexo permite uma postura dissociada e como tal favorecedora de resolução, facto sustentado por capacidade de comunicação e liderança mobilizadas pela enfermeira-chefe. O modo como promoveu a resolução desta situações, que denominou de conflito, e que sistematicamente aconteciam numa fase inicial, favoreceu competências aos enfermeiros na resolução de situações semelhantes *“agora já aprenderam a gerir os conflitos e há imenso tempo que não acontece”* *“dei-lhes espaço, tomem vocês a decisão, aprendam a fazê-lo e hoje são eles que vendem gelados a esquimós”*.

“ No início nunca saía do serviço a horas. Dantes era quase permanentemente. Faziam juízos de valor sobre os doentes / familiares, mas os profissionais, somos nós..., e como tal temos de gerir os conflitos, mesmo que nos custe (...) era, geralmente, a gestão de conflitos. Fazia-o em sempre em conjunto. Agora já aprenderam a gerir os conflitos e há imenso tempo que não acontece. Eles próprios o fazem em conjunto. De início diziam-me “a chefe vende gelados a esquimós!” dei-lhes espaço, tomem vocês a decisão, aprendam a fazê-lo e hoje são eles que vendem gelados a esquimós!” Entrevista etnográfica, enfermeira chefe.

A enfermeira-chefe, ao analisar a prestação de cuidados no contexto como “dominado” por um estar consciente e “satisfatório” de comportamento colectivo, pretende agora realçar valores como a individualização, personalização e validação com o utente / família dos cuidados, como refere *“na individualização pormenorizada e atenta de uma atitude de preocupação, de um saber estar junto do doente e família ou cuidador, tão bem como executa uma técnica, bem como na validação do plano de cuidados com o doente e família”*. São neste momento as minhas preocupações além

de manter todas as outras.”. Na continuidade das suas preocupações concretiza claramente os objectivos a atingir:

- Intervir nos seus doentes;
- Agir em complementaridade com colegas, só quando necessário;
- Posicionar porque necessitam e não porque podem vir a necessitar;
- “Ajudar quando necessário” e não “é necessário ajudar”.

“Neste momento o que quero é que os enfermeiros façam cada vez mais as coisas dirigidas para os seus doentes; e quando necessário, peçam ajuda aos colegas. Os posicionamentos sejam feitos porque precisam, e as vezes que precisam e não porque podem precisar. Por vezes é mais fácil, faz-se muito, mas depois vemos que se ajudou muito os outros mas fazer o que se deve fazer aos meus doentes ... é que é importante é ajudar quando necessário e não partir deste princípio.

Desta forma, responde de forma objectiva a uma das funções definidas pelo Dec Lei nº 437/91 alterado pelo DL 412/98 e pelo DL 411/99; “planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, acções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem”, promovendo no contexto a conversão do conhecimento e um estar-em-situação.

Durante a passagem de turno promove a partilha de experiências no grande grupo, através da reflexão sobre o ser e o estar do profissional de saúde.

Na presença de juízos menos claros questiona, analisa e orienta a intervenção com um olhar mais global e abrangente, promovendo uma comunicação interpessoal frequente sobre o trabalho, reforçando os significados partilhados, como constatamos na seguinte observação “:É preciso também escolher os momentos (...) é muito desgastante também para a família.”

Observação

- Quanto à família achei-a muito tensa, mas pareceu-me muito difícil, ativa
 - Enf. chefe - antes de perceberem o que se passa...a situação também não é fácil. Perante esta situação falar de alta, não é oportuno. É preciso também escolher os momentos. Penso que essas situações são prioritárias; o senhor está em fim de vida e a esposa passa aí o dia; a filha também vem e em casa têm imensa gente e isto é muito desgastante também para a família.
-

Nos momentos de partilha de informação, centrados em situações problema, promove a reflexão sobre e para a acção, perspectivando uma nova intervenção e tomada de decisão com base em novas hipóteses, com visão do sistema macro, ajudando à construção de novos saberes.

Observação

Que achas da terapêutica? - Pergunta a chefe - está exsudativo, sangrante, fez vesículas; a chefe acrescenta que é uma doença auto imune;

Enf. V - Eu não pus creme ; o médico parou antibiótico mas não vejo melhoras; tem dispneia, cansaço; farfalheira; (..) não coloquei (..) porque é difícil de puncionar, fica a sangrar;

Enf. chefe - Mas pode fazer SC;

Enf. - Mas tem o abdómen distendido;

Enf. chefe - Já se pôs uma sonda rectal? pode ser gases e daí a dispneia, não?

Enf. - Não experimentámos; mas ele não está bem; o médico disse para não dar o tramal, mas eu dei e ele tem tantas dores!

Enf. chefe - É melhor pôr lençóis esterilizados;

Enf. - Não temos - acrescenta.

Enf. chefe - Pede-se.

Observação

À 1h da manhã tinha dor. Entretanto adormeceu. A dor é do grau 8, fez t. e depois não o acordei, claro. Quando acordou, ficou a 4. Está registado. Referiu à G. que ontem foi o dia que teve mais dores. As dores comprometem-lhe a mobilidade. A Enf. chefe – qual poderá ser a razão? Já se pensou na terapêutica que faz e como está a fazer?

O significado produzido pela partilha e utilização da linguagem é assimilado pela interacção entre sistemas cada vez mais alargados entre colegas, turnos e serviço.

A liderança e supervisão da enfermeira-chefe promove uma comunidade viva e dinâmica, que reflecte, que desenvolve estratégias e as adequa à singularidade de cada situação, construindo os seus saberes profissionais.

De acordo com um estudo efectuado sobre a escola reflexiva (Alarcão, 2000) comparativamente definimos a prática reflexiva no serviço de medicina como uma realidade que continuamente se pensa a si própria; na sua missão de cuidar e de se estruturar; se confronta com a imprevisibilidade das situações num processo heurístico simultaneamente avaliativo, formativo e de acção.

2.2. FORMAÇÃO: O ENFERMEIRO FORMADOR / ORIENTADOR

A colaboração na formação realizada na unidade de cuidado, enquanto função definida (Dec lei nº 437/91), assegura a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores de forma apropriada e clara e comunica com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder (OE, 2003), exige um desempenho específico. O desenvolvimento destas funções verifica-se na cooperação da formação de estudantes, na interacção com o doente / família e em situações problema, situações já analisadas anteriormente.

De acordo com a Portaria nº 779-D/99, de 18 de Setembro, o ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde, sob a orientação de docentes da escola superior com a colaboração do pessoal de saúde qualificado.

No processo de orientação do estudante, efectua-se uma integração progressiva como refere a enfermeira cooperante orientadora:

“A aluna ficou comigo semana e meia só a fazer manhã (...) deviam funcionar quase como nós fazemos uma integração, (...) depois eles voltam para os colegas que os vão seguir. (...) No segundo ano, só fazem manhãs. (...) agora só vem a professora. (...) Dentro das hipóteses que temos eles devem fazer o que é mais próximo da realidade. (...) Contactam com o serviço e alguns materiais (...)” Entrevista etnográfica.

O enfermeiro, enquanto orientador do estudante, assume o papel de formador e utiliza estratégias que visam ajudar o estudante na integração de conhecimentos teóricos. Fazer com o estudante, *“a Enf. vai buscar um resguardo e coloca debaixo do braço (...) ajuda-a a colocar tudo por ordem. Coloca as luvas e fala com o doente”* contribui para a formação de estudantes, actua como um mentor/tutor eficaz; aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde; actua como um modelo efectivo e assume a responsabilidades de liderança.

Observação

O estudante está junto do doente para puncionar. Tem a braçadeira colocada para identificar a veia. A Enf. vai buscar um resguardo e coloca debaixo do braço (a aluna esqueceu-se). Depois, o soro está no suporte sem sistema e sem estar preparado. A Enf. coloca o sistema e pergunta:

Enf. - E agora? (silêncio). Vais colocar isto – o prolongamento! Tens que expurgar o sistema. (A estudante pega na seringa.) - Então precisas disso? E mais? (Volta-se e olha para a veia.) E mais?

O resto do material? (Ajuda-a a colocar tudo por ordem. Coloca as luvas e fala com o doente.)

Então o que fazer? O que falta? (a aluna fica calada), já lhe fizeste a higiene?

Estudante - Sim, ah falta a higiene oral.

Enf. - Então o que fazer? Ainda não comeu; e a terapêutica? - Então é melhor a terapêutica, o comer e a higiene oral.

Inferência

A orientação de estudantes permite reflectir a prática, promover a elaboração de esquemas ou sequências operativas, assimilação e integração de conhecimentos, gerir competências cognitivas, relacionais e estratégias de acção.

A utilização de estratégias como o questionamento, a reflexão com base nos conhecimentos formais e a aplicação à situação de cuidados promove não só a socialização como a integração dos conhecimentos e a possibilidade de transferência para novas situações. Existe uma tomada de consciência e uma representação cognitiva do procedimento a que Malglaive (1995) denomina de “processualização dos hábitos”.

Constatamos que sendo a prática um contexto de assimilação, integração e transformação do conhecimento pelo estudante, a sua aplicação na acção promove a aquisição de saberes práticos e processuais mediados por estratégias mobilizadas pelo orientador num processo de supervisão.

No entanto, há factores que interferem naquela função como o modo de estar dos estudantes e a forma como ajudar o estudante a construir o conhecimento “*não sei como questionar*”.

“Não gosta da orientação de estudantes e porquê?” – “Não tenho jeito. Por vezes depende também deles. Ainda há pouco perguntei ao aluno: viste o que o Sr. fez quando lhe deste água? – Ah! Tossiu. Então o que foi dito na passagem de turno? O que tens de fazer? Provavelmente terás de pôr espessante porque senão ele não tolera os líquidos. Não tinha ouvido nada...” Entrevista etnográfica.

Durante a investigação assumimos também, além de colega, a função de formador em que fomos construindo formas de estar, de partilhar conhecimento e de mobilizar estratégias de reflexão e questionamento que ajudam ao desenvolvimento da relação pedagógica, o que nos deixou um sentimento de enriquecimento mútuo. Em relação ao questionamento, partilhámos o modo como colocar as questões: pela positiva; fazendo-os reflectir no que fizeram mobilizando questões como: o que fez de bem na situação? o que podia ter feito melhor? face a uma situação idêntica o que

mudaria? Neste sentido, partilhámos a importância de os tornar conscientes da situação e reflectirem sobre o que fizeram, perspectivando novas situações.

Por outro lado, alguns enfermeiros falaram da importância da orientação que tiveram e das estratégias utilizadas na sua aprendizagem, *“lembro-me do Vê heurístico que trabalhou connosco em sala de aula e apetece-me fazer com eles, mas ainda não o fiz”*.

Apesar de referirem a dificuldade na orientação de estudantes, constatámos, ao longo do estágio, a forma de estar, de questionar, de promover a reflexão com base na experiência e a transposição para outras situações, ou seja, têm uma posição de orientação e supervisão como observamos:

“São estas coisas, ditas na passagem de turno, que depois não sabem relacionar. Por vezes a teoria sabem, mas não a aplicam bem. No outro dia, um senhor diabético tinha insulina para fazer. Quando reparei o senhor já tinha comido e depois é que lhe deu a insulina. Perguntei-lhe: “Então quando é que se dá a insulina? Antes ou depois das refeições?” E ela respondeu-me: “Fiz porque vi a enfermeira fazer”. Bem, disse-lhe que por vezes atrasamo-nos; mas fi-la pensar e depois ela percebeu e disse: Agora percebo.- lembro-me do Vê heurístico que trabalhou connosco em sala de aula e apetece-me fazer com eles.” Entrevista etnográfica .

Além disso, em situações novas, pouco frequentes e dolorosas, como a morte promove a socialização através de interacções sociais. O estudante aprende a fazer fazendo com o enfermeiro como observámos no cuidado ao corpo, na múmia e no processo de alta *“enquanto cooperante tento procurar com os estudantes fundamentar a teoria e o que têm de mobilizar na prática”*.

Neste processo promove o desenvolvimento de competências através da (re)construção do conhecimento, da adaptação à singularidade do estudante, da integração de sequências operativas, da gestão de recursos internos e externos, de competências e meta-competências. Desenvolve a diáde observacional no contexto, evoluindo para diádes de actividade conjunta, com a mobilização de saberes profissionais como observámos pelas sequências operativas:

“Algodão e a ligadura;

- Há quem faça uma higiene total. Nós, como o fazemos sempre, apenas lavamos de modo a que fique limpo; Retiramos tudo o que tem;(Calça luvas;Começa por retirar o cateter.

- Ainda pode sangrar (...) (põe uma compressa e prende com adesivo);

- Depois lavamos;

- Por norma, coloca-se algodão nos diferentes orifícios. Eu faço assim: caso a pessoa tenha tido uma situação, neste caso houve hemorragias pelo ânus e, como tal, colocamos um tampão com algodão; Mas na boca e nariz só em

situações que o exijam. Porque é traumatizante para a família vê-los assim; Por vezes prendemos a cabeça com ligadura para fechar a boca, mas neste caso tem a boca fechada, não há necessidade”.

Clarifica ainda todos os passos a serem efectuados, exemplificando.

Cruza-se assim os braços e prende-se com uma ligadura. Agora fazemos a múmia, assim. No fim, retira-se tudo do quarto, o médico preenche a certidão de óbito e registamos aqui no livro. A família por vezes fica, como foi o caso, no quarto, quando temos condições. Depende de familiares. Quando eles fazem muita questão, nós deixamos ficar. Tomamos também atenção ao lixo infectado.

Na prática de cuidados e como processo simultâneo de acção reflectida e de construção pessoal e profissional com socialização às práticas e ao contexto, promove a construção de saberes contextualizados.

Enquanto formador, promove com o outro o desenvolvimento profissional “é gratificante para mim. Ter alunos ajuda-me muito na troca de experiências”.

“E – Enquanto cooperante tento procurar com os estudantes fundamentar a teoria e o que têm de mobilizar na prática. É gratificante para mim. Ter alunos ajuda-me muito na troca de experiências.

E – Questões colocadas? Tento ver que o principal é olhar para a pessoa, ver a pessoa como um todo e vou fazendo isso ao longo do estágio para os ajudar ver o que fazem, mais nesse sentido. Entrevista semi estruturada F.

Como temos vindo a analisar, estamos perante um processo de supervisão do estudante que, como refere (Abreu, 2003) incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interacção e sobre dinâmicas de colaboração. A existência de situações problema, a sua resolução e a tomada de decisões estão dependentes da dialéctica entre teoria e prática e também do “modus operandi” e de processos de autonomização progressiva (Ib. Opc.).

O enfermeiro, enquanto formador / orientador, desenvolve atitudes de: mobilização e sistematização do conhecimento sobre os objectivos de estágio, o estágio dos estudantes, atento a princípios éticos e profissionais; mobiliza a reflexão sobre a situação de saúde / doença e competências do domínio cognitivo, relacional e afectivo.

2.3. REFLEXÃO: O ENFERMEIRO PRÁTICO-REFLEXIVO

Como temos constatado ao longo da investigação, o enfermeiro, no desempenho das suas funções, interage de modo intra e interpessoal, num processo contínuo, dinâmico e transitório, susceptível de mudança, pela incerteza e imprevisibilidade do contexto do processo de cuidar. A procura de equilíbrio no sistema, de si, do meio e das interacções é determinante para a pessoa e profissional e para o processo de cuidar.

No entanto, a presença da reflexão no serviço, sobre momentos vivenciados da prática, permitem gerir a complexidade de modo harmonioso, contribuindo para a construção da experiência e promovendo o desenvolvimento de aprendizagem em contexto. A tomada de consciência das necessidades, potencialidades e recursos, bem como a integração de esquemas de acção, da adaptação ou a aquisição de outros pela construção de saberes contextualizados, são mediados por processos de reflexão. Estes momentos promotores de díades desenvolvimentais e de actividades molares sedimentadas nos diferentes papéis a assumir, integram uma base comum: o núcleo do Eu, podendo haver um fenómeno de contaminação de um papel pelo outro, ou seja, haver vários papeis numa mesma situação (Moreno, citado em Silva, 2005).

É neste confronto com a diversidade e complexidade das situações que a mobilização do conhecimento, em cada situação problema e o agir em situação, exige um pensar estratégico onde se interliga a teoria e a prática, a experiência formadora e a aprendizagem experiencial, a dimensão intra e interpessoal, onde a meta competência reflexiva permite atribuir singularidade, qualidade, autonomia e responsabilidade à acção de cuidar.

Constatámos nas diferentes díades observadas a existência de momentos de reflexão:

1. Reflexão técnica -, com base em situações problema mobilizando a reflexão na acção;
2. Reflexão prática, a partir da análise de situações e perspectivando novas intervenções;
3. Reflexão crítica, com envolvimento de análise dos resultados a nível meso e macro (Zeichner, 1993).

Estes momentos de reflexão e partilha foram promotores de aprendizagem individual, colectiva e organizacional e da construção de um *habitus* fundamental ao processo de desenvolvimento de competências. Processo este determinado pela existência de transições ecológicas (Bronfenbrenner, 1989).

CAPÍTULO IV

A ORGANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A ORGANIZAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Temos vindo a abordar o conhecimento como resultado de interacções e de socializações no contexto de trabalho, um activo socialmente construído e ligado às condições nas quais é aprendido. Valoriza-se a aprendizagem contextual em situações práticas reais e o contexto onde ocorrem, ou seja, na interacção entre os actores, no sistema micro e nos sistemas meso e macro.

Nesta continuidade importa analisar o que orienta o comportamento individual para o tipo de comportamento ditado pelas exigências organizacionais (Magalhães, 2005) ou seja, compreender o clima, analisado pela partilha da responsabilidade e o modo de estar em situação e a sua ligação ao nível mais abrangente, a cultura da instituição (Quadro 13).

Quadro 13 - O contexto e a relação com o clima organizacional e a cultura institucional.

Domínio em análise	Unidades	Dimensões
Contexto	O sistema micro	O clima e a dimensão supervisiva do serviço de medicina hospitalar
	O sistema macro	A estrutura organizativa do CHMT

1. O CLIMA: A CARACTERÍSTICA DE UM HABITUS

Sendo o clima um fenómeno inter subjectivo, o modo como se efectua a interacção entre os diferentes actores permite percepcionar a sua vivência, além de que estas são determinadas pelas estruturas existentes.

O serviço será analisado a partir da complexidade das suas ligações, ou seja, “do que foi tecido junto”.

O serviço de medicina constitui-se de múltiplas dimensões. O conhecimento dos enfermeiros em relação à sua dinâmica é evidenciado numa ligação ao sistema mais amplo, a organização “estarmos todos atentos, senão...isto é mesmo assim, há que reduzir custos e não importa mais nada” e “se não fosse esta enfermeira chefe o serviço, nunca seria o que é”.

“Após ter falado com a copeira peço para me clarificar a situação e diz-me: - um dia destes houve um problema com a chefe e o dietista. Este queria retirar a refeição do meio da manhã (11h) porque não se justificava e queria que as copeiras fossem lá para baixo nesse intervalo. O que é certo é que no protocolo – formulário diabético, está definido a refeição a meio da manhã, quer nos diabéticos quer nas semilíquidas e outras. E esta situação que se justifica por razões óbvias, não pode ser alterada porque a copeira faz falta. E as coisas foram mantidas após a intervenção da chefe. Mas é preciso estarmos todos atentos, senão...isto é mesmo assim, há que reduzir custos e não importa mais nada...” Entrevista etnográfica

“ É o que lhe digo, se não fosse esta enfermeira chefe o serviço, nunca seria o que é (...) não me esqueço, numa reunião que houve do serviço, quem liderou a reunião foi ela porque está no serviço, conhece o serviço, os doentes, os problemas, e outros não...” Entrevista etnográfica – médica

A presença da enfermeira-chefe, como já constatámos, é objectivada pela sua forma de estar na gestão do serviço “é como gerir um hotel, a comida, a roupa, a limpeza, tudo tem de estar bem, os artigos de consumo clínico tem de haver (...) disponível para quando precisam”; “não depende só de mim, mas (...) chamar em caso de necessidade”.

Apesar de haver diferentes intervenções no processo e com responsabilidades assumidas, na realidade, a gestão do todo compete à enfermeira-chefe. É uma gestão global com evidência de gestão de cuidados, de recursos humanos, de recursos materiais e de relações inter-pessoais.

Por outro lado, a dinâmica desta interacção promove e contribui para o clima no seu todo e é percepcionado por todos “este serviço mantém-se assim porque tem uma chefe de enfermagem” “a

chefe tem um papel muito importante porque quer médicos, quer enfermagem, quer auxiliares confiam muito na chefe e ela é o supra sumo do serviço”.

Privilegia os princípios da instituição e respeita a individualidade de cada pessoa, agindo sem normalizar “penso ser importante ter princípios mas normalizar tudo, não! Cada pessoa aqui é única e as normas podem levar a ver todos iguais”.

“As enfermeiras são novas mas tem sido minha preocupação, desde que integrei o serviço há 7 anos, não ser demasiado prescritiva com normas no serviço. Penso ser importante ter princípios mas normalizar tudo, não! cada pessoa aqui é única e as normas podem levar a ver todos iguais.” Entrevista etnográfica enfermeira chefe.

A nível da organização do serviço existe a responsabilização dos enfermeiros na dinamização, na execução e no cumprimento das normas ou princípios definidos, promovendo a integração de cada elemento no serviço.

A construção de normas constitui atributos essenciais na orientação do comportamento individual para o tipo de comportamento ditado pelo serviço e a instituição. Neste processo vão sendo integrados os elementos do serviço, promovendo a transformação do conhecimento tácito em explícito “as pessoas estão a aderir e gostam de participar no serviço, sentir que têm algum valor” contribui, não só para o clima interpessoal ou diádico, de inter-subjectividade mas, também, para a subjectividade genérica do grupo, promovendo o controlo nas situações.

Central a este processo de gestão, é o modo de estar e de comunicar “quando ela intervém as coisas normalmente melhoram (...) tem uma maneira muito peculiar de dizer as coisas não (...) grita, tenta democratizar; chegar a um consenso (...) É uma pessoa de persistência, ela tem fundamento no que diz”.é “uma pessoa fundamental no serviço; fundamenta as suas necessidades (...) tem conhecimentos para organizar”.

“Gerir este serviço é algo tão grande que às vezes penso que não consigo. Além de gerir os cuidados é preciso assegurar que tudo o que é necessário esteja no serviço; no local certo, conhecido por todos (...) é como gerir um hotel, a comida, a roupa, a limpeza, tudo tem de estar bem, os artigos de consumo clínico, tem de haver em quantidade suficiente e disponível para quando precisam, em relação ao equipamento que esteja a funcionar, claro que não depende só de mim, mas ver o seu funcionamento e chamar em caso de necessidade, e até as próprias instalações.” Entrevista de especialista, enfermeira-chefe.

“Estar em situação”

A mobilização de um conhecimento alargado ao contexto e à organização permite atribuir poder à acção, com análises e juízos fundamentados, intervém-se no contexto com autonomia e promove-se a mudança na intervenção do cuidar na equipa, mais pela singularidade do que pelo global das coisas, como constatamos pela seguinte observação da enfermeira chefe:

Observação a

A chefe está ao telefone. Justifica a alguém que se encontra do outro lado uma série de coisas. O tipo de dietas e a adequação das mesmas à situação do doente mais do que ao que está definido. Fundamenta a necessidade de adequar ao doente, à qualidade de vida do doente. Justifica o facto de não poderem estar duas enfermeiras na preparação da terapêutica. Neste serviço, os doentes entram a qualquer hora; não esperam pela disponibilidade da enfermeira. Os doentes, na maioria, são dependentes na alimentação, higiene, mobilização, enfim, em quase tudo. Daí a impossibilidade de estarem duas enfermeiras juntas.

Edgar Morin (2000) diz que a contextualização é condição essencial da eficácia. As informações situam-se no seu contexto para que adquiram sentido; conhecem-se as partes e as suas inter-relações, o que mostra a importância de conhecer o todo a partir das partes e estas não fazem sentido sem conhecer o todo (o global).

Neste estar em situação, existe a inserção ecológica da pessoa onde se desenvolve um processo proximal com o meio, ou seja, o serviço de medicina. Para que o processo proximal ocorra, Bronfenbrenner (1999) refere a necessidade da pessoa se envolver numa actividade, de forma continuada, em processos cada vez mais complexos, com reciprocidade nas relações interpessoais e com envolvimento potencialmente mais significativo. Desta forma, ocorre um processo com dimensões afectivas, cognitivas, sensoriais e psicomotoras, cada vez mais complexo. A aprendizagem ocorre na interacção da pessoa com as suas experiências passadas e presentes e na relação com o meio. Este modo de estar, construído de forma lenta e gradual, através de códigos simbólicos, constituiu-se como um sistema de referência e de avaliação do real “*tudo tem a ver com a exigência do serviço e a forma como estamos organizados*” e permite comportar-se de uma certa forma numa dada situação, contribuiu para o clima do serviço.

“- A nossa chefe fundamenta e pede as coisas. Temos material que nas outras unidades não existe. Isto leva-me a pensar que tudo tem a ver com a exigência do serviço e a forma como estamos organizados” Entrevista etnográfica.

“Já diz o provérbio que há males que vêm para bem, o local que escolhi para iniciar a minha carreira foi o maior factor facilitador para o meu desenvolvimento profissional.” Entrevista semi estruturada Enf. D

Partilhar a vida do serviço e interagir fazendo parte dele, são factores de aprendizagem que integram uma abordagem fenomenológica em que o sujeito vivencia uma relação intersubjectiva e assume um papel activo na relação com os outros e com o meio.

A responsabilidade atribuída a um enfermeiro, por área específica de intervenção *“Na área dos cuidados paliativos sou um elemento de referência mas não ao mesmo nível da infecção”* promove o domínio de um conhecimento específico, especializado e contextualizado. No seu dia a dia, este enfermeiro é chamado a dar o seu contributo e a controlar a situação *“como ela faz parte da Comissão de feridas, pedi-lhe ajuda”*. Entre outras áreas salientam-se a responsabilidade no caso específico das feridas, da comissão de infecção hospitalar, estupefacientes e carro de urgência.

Observação

Uma colega recém-chegada ao serviço pede a colaboração da Enf. L. para avaliar as zonas de pressão do doente e ajudá-la a decidir em relação aos apósitos. Diz-me: - *“Como ela faz parte da Comissão de feridas pedi-lhe ajuda. - o Sr. X tem várias zonas de pressão e além das massagens há zonas com marcas”* – *“aqui podes colocar esta, ali talvez a extra fina.”* *“Quantos dias?”* *“Se aguentarem quatro é óptimo, mas a zona é péssima e ainda por cima com fralda.”*

Inferência

A Influência do sistema meso na gestão do sistema micro promove a autonomia e a responsabilidade entre os actores.

Observação

Na área dos cuidados paliativos sou um elemento de referência mas não ao mesmo nível da infecção. Porque eu também sinto que a pós graduação que eu fiz não correspondeu às minhas necessidades nem àquilo que eu estava à espera. Sinto que aquilo que aprendi não dá para ser referência no serviço.

“É uma mais valia. Acho que a tendência que tem vindo a acontecer é essa mesma e as pessoas estão a aderir e gostam de participar no serviço, sentir que têm algum valor no trabalho do dia a dia.” Entrevista etnográfica

O domínio e a responsabilidade de uma área do conhecimento responsabiliza o enfermeiro, não só pela dinâmica interactiva com os colegas e com o conhecimento na acção, como também na partilha de vivências no sistema mais alargado – inter-serviços e intra-instituições. Em situações de troca de experiências centradas em áreas específicas, o elemento de referência partilha um saber vivenciado e contextualizado ao sistema meso e macro. Este facto promove o desenvolvimento de

competências pessoais, de comunicação e de auto-gestão como constatámos pela seguinte entrevista:

“Quando me aproximo da enfermeira que observava e que entretanto está na sala de enfermagem próximo dos processos diz-me: - eu faço parte da comissão de Infecção hospitalar (CIH) e verifiquei, numa reunião em que estive presente do grupo hospitalar que, quando dizia que tínhamos sacos de urina com despejo, as colegas de outras unidades me diziam: “porque é que vocês têm e nós não?” e eu respondia-lhes “porque se calhar nunca souberam justificar a sua necessidade e não pediram Entrevista etnográfica.

Na delegação de funções, o assumir da informação promove a inteligibilidade da realidade, promovendo a passagem para um nível operativo, ou seja, para uma interacção sujeito a sujeito. Nesta situação desenvolve-se o modo de perceber o outro, não enquanto outro, mas como sujeito com o qual nos identificamos, como refere um enfermeiro *“as pessoas aderem a mim e é importante a colaboração dos outros e se isto se der nos dois sentidos umas vezes sou eu a pedir colaboração e desenvolver alguma coisa (...) Mas às vezes tenho de ser eu a aderir a coisas propostas pelos outros”*.

Desta forma, estamos perante a ética da compreensão, a arte de viver e de compreender, num processo de empatia, de identificação e de projecção. Exige como vimos, abertura, simpatia e generosidade – a compreensão humana inter subjectiva *“Estar num papel e pôr-se noutro, tornarmo-nos mais compreensivos, não só provocarmos mudança, mas quando a provocamos em nós é mais fácil percebermos as dificuldades que os outros nos colocam”*, além da compreensão intelectual ou objectiva (Morin, Opc.).

“A Enf. chefe tenta mais ou menos envolver toda a equipa. A equipa trabalha em alguma coisa, porque é assim, é mais fácil eu aderir a trabalhar com um colega (...)as pessoas aderem a mim e é importante a colaboração dos outros e se isto se der nos dois sentidos umas vezes sou eu a pedir colaboração e desenvolver alguma coisa no serviço, implementar e gerir, ----Mas às vezes tenho de ser eu a aderir a coisas propostas pelos outros. Estar num papel e pôr-se noutro, tornarmo-nos mais compreensivos, não só provocarmos mudança, mas quando a provocamos em nós é mais fácil percebermos as dificuldades que os outros nos colocam. Entrevista semi estruturada Enf B

A dinâmica utilizada em alguns momentos como observámos, *“coloco sempre duas pessoas responsáveis por determinada área”* reconhece o contexto como espaço formativo com múltiplas dimensões – social, cultural, pessoal, identitário, *“nomearam duas pessoa até diferentes na forma de estar”* e reconhece o profissional como central no processo e na dinâmica da mudança.

“Coloco sempre duas pessoas responsáveis por determinada área. Nem sempre se oferecem. Por exemplo na CIPE, nomearam duas pessoas até diferentes na forma de estar. Mas complementam-se. Vão às reuniões e aqui dinamizam o processo. E assim acontece para tudo. Acho importante responsabilizarem-se por isso.” Entrevista especialista - Enfermeira chefe

Estes factores característicos do serviço - socialização da aprendizagem, relacionamentos informais e formais, associados à formação de significados inter-subjectivos e de subjectividade genérica constituem sinais (mensagens e meta mensagens), da essência de clima (Magalhães, 2005).

A delegação de responsabilidades também se verifica com auxiliares de acção médica (AAM) na limpeza das enfermarias, na lavagem das mãos dos doentes antes das refeições, nas zonas de limpos e sujos. A limpeza geral das enfermarias encontra-se definida por semanas e a sua gestão é atribuída a um dos elementos. O modo como integram os conhecimentos e os põem em acção, foi constatado num contacto com uma AAM

Vejo uma AAM a ter algum cuidado com o frasco vazio. Pergunto-lhe: - como fazem? “- É simples. Neste saco transparente são só vidros. No saco branco, o material contaminado e no saco preto o lixo comum. Depois daqui vai para os sacos grandes que estão na casa de banho e o processo é o mesmo. Quanto à roupa, o saco azul é roupa suja; o saco verde, roupa menos suja e o saco amarelo a roupa contaminada.” Entrevista etnográfica

O modo de supervisionar e gerir a complexidade das dimensões ou ser responsável por alguma área específica, desenvolve atitudes como orientar, dirigir, inspeccionar e aconselhar além de promover o trabalho em equipa, com inter ajuda, compreensão, solidariedade, promotor de mudança *“responsabilizo as colegas por isto”*.

Em relação à passagem da informação oral, a enfermeira-chefe refere ser algo demasiado complexo num serviço com esta dinâmica *“falo muito no assunto (..) passar a informação não é nada fácil, (...) exige disponibilidade em tempo e pessoal e nem sempre se conciliam as duas coisas”*. No entanto, o facto de passar a informação responsabiliza o profissional pela sua aplicação *“Quando se tem informação tem sempre essa responsabilidade de praticar”*.

Além do passar da informação de forma oral, a enfermeira chefe mobiliza um dossier com toda a informação pertinente e com o registo da tomada de conhecimentos *“coloca-se na pasta e assinam para eu ter conhecimento e saber quantos já leram e retirar”*. A actualização da pasta e o seu controlo *“fica lá três meses”* permite a informação ao longo do tempo, e a responsabilidade do profissional perante factos relacionados com a mesma.

“ Eu nunca digo que a tomada de decisão foi errada. Digo sempre que, na altura, com os dados que possuíam, aquela foi a decisão. Hoje, com os dados que se têm, há que reflectir sobre a decisão tomada”. Entrevista etnográfica – Enfermeira-chefe.

“Em temos de informação falo muito no assunto (..) passar a informação não é nada fácil, (...) exige disponibilidade em tempo e pessoal e nem sempre se concilia nas duas coisas. Quando se tem informação tem sempre essa responsabilidade de praticar (...) não se sabendo, não se tem de fazer.(...) temos uma pasta onde coloco a última informação, além dos dossier coloca-se na pasta e assinam para eu ter conhecimento e saber quantos já leram e retiro... fica lá três meses é muita informação e muitas páginas para ler, há muita coisa, muitas páginas eu própria levo para casa...acredito que não seja fácil durante o tempo que estão escalados” entrevista de especialista – enfermeira-chefe.

O serviço caracteriza-se pelas suas relações dinâmicas, partilha de responsabilidades, visão comum e o modo como a transmissão da informação ocorre. A gestão destas dimensões mobiliza uma liderança, um estar atento, um domínio das partes em função do todo, em suma, um estar na complexidade, contributo essencial da visão do clima.

Por outro lado, é manifestado pelos colegas que o modo de partilhar a gestão do serviço com delegação de responsabilidades, promove a aprendizagem do domínio de si próprio e uma formação para a mobilização das capacidades pessoais na gestão das funções em função do grupo e do serviço, em suma, promove um estar no serviço “ *faz com que nos envolvamos no serviço; (...) agarramos o serviço de outra maneira.*

“A chefe tem uma preocupação ... cada vez mais delega funções em nós; faz com que nos envolvamos no serviço; agarramos o serviço de outra maneira.. não é entrar às 8 e sair às 4, não, e vamos embora para casa, não! Mais interesse, melhorar. “Entrevista semi estruturada Enf B.

Segundo Dewey (1913, citado em Pires, 2005) valoriza-se a experiência, a individualidade através do conhecimento das suas capacidades e interesses.

Além do aspecto formal da prestação de cuidados, os enfermeiros, quando questionados sobre o significado atribuído ao cuidar, evidenciaram aspectos que reflectem o clima e que são:

Conhecimento	“Tento procurar com eles fundamentar a teoria e o que têm de pôr na prática”;
Envolvimento	“Temos tendência em envolvermo-nos”; “há doentes que nos marcam bastante, pela situação em si, pela família, por aquilo que a gente vê”; Pessoa como um todo “é olhar para a pessoa, ver a pessoa como um todo”;
Competência	“Que tenha competências no saber fazer e tenha competências não só a nível teórico mas também prático”; Quem avalia sou eu
Qualidade	“ Em termos de qualidade não estamos a fazer uma reflexão dos cuidados que prestamos mas ”podíamos parar um bocadinho”;
Responder às necessidades do doente	“Gosto muito de fazer ensinios; “E é um apoio”; “É tentar prestar cuidados de acordo com o situação em si do doente”.

Como constatamos, o cuidar é um conhecimento empírico, um modo de responder a uma situação clínica particular, compreender o significado para os que nele estão envolvidos, ou seja, o cuidar é envolver e envolver-se na dimensão do conhecimento total e pessoal do profissional.

A participação dos actores na vida do serviço para além do seu horário, em momentos de reuniões, de trabalho de grupo ou informais, de encontro, na sala de trabalho e no quadro de avisos, sobressaem algumas referências a eventos e outros factos, “*participação na prenda de .. Jantar de Natal.... Sugestões . Lanche*”, constituem outra dimensão do clima. Os momentos de partilha colectiva, de sentimentos de bem-estar, de alegria e de convívio são uma vertente contínua e que caracteriza o serviço, promovendo o acolhimento de elementos novos no serviço, como estagiários.

Observação

No placar encontra-se: caros colegas quem quer participar na compra do rádio – leitor de CD, é favor entregar 4,5 euros à MJ. Participação na prenda de .. coloquem o nome Jantar de Natal.... Sugestões. Colocar o nome ...Lanche ... dos estudantes trazer...

Observação

Alguém faz anos, o bolo é partilhado com o grupo que está no serviço. Mesmo não estando de serviço, há elementos que vêm cantar os parabéns com o grupo. Outros trazem novas receitas e partilham no serviço. Há ambiente de festa. O espaço é muito pequeno, mas uns saem e outros entram. Também os doentes querem manifestar o seu agrado e oferecem um bolo para que seja por todos partilhado.

A dinâmica mobilizada na organização do serviço bem como o envolvimento (formal e informal), a comunicação e a liderança são enfatizados, quer por médicos, quer por enfermeiros, referindo a enfermeira chefe *“tem uma grande capacidade para intervir (...) tem uma maneira muito peculiar de dizer as coisas”*.

“E nós? Diz uma enfermeira, não valemos nada? Não, podem não gostar da chefe nisto, naquilo, pode haver pequenas quezílias mas ela tem uma orientação, ela impõe-se e orienta o serviço. Agora a parte médica, não; até não me importava de ser chefe neste serviço com esta chefe.” Entrevista etnográfica – médico

“Porque este serviço mantém-se assim porque tem uma chefe de enfermagem, caso contrário não seria o serviço que é. Pode crer que o que lhe digo é verdade.” Entrevista etnográfica médica.

“A chefe tem um papel muito importante porque quer médicos, quer enfermagem, quer auxiliares, confiam muito na chefe e ela é o supra sumo do serviço (...)a chefe tem uma grande capacidade para intervir com a equipa médica e quando ela intervém as coisas normalmente melhoram, se bem que há médicos ... tem uma maneira muito peculiar de dizer as coisas, não é uma pessoa que grita, tenta democratizar, chegar a um consenso e depois também é uma pessoa de persistência, ela tem fundamento no que diz.” Entrevista semi estruturada B:

Na realidade, pelo que constatamos pelas diferentes entrevistas, a atribuição deste papel dinâmico à enfermeira-chefe, demonstra a capacidade de auto conscientização do eu como força actuante no contexto, visando a busca do novo conhecimento. Como refere Edgar Morin, tudo depende de nós, dependendo de cada um a escolha de ficarmos à margem da correnteza ou mergulhar nela.

Esta forma de cuidar, ou seja o *habitus* de que fala Bordieu, ou a comunidade reflexiva de que fala Giddens (Beck et al, 2000) promove um “estar-em-situação” resultado dum processo continuado da articulação entre a pessoa e o meio, neste caso mediado pela enfermeira chefe. Busca-se o conhecimento numa relação entre o enfermeiro e o contexto, com referência ao global e ao complexo. Este processo possibilita a criação do conhecimento, situando-o no contexto e nunca separado dele, através da transformação da experiência, de uma atitude de questionamento, de reflexão e acção ou seja, perante uma socialização das influências presentes ou passadas. Este sentimento de pertença e de relação *“o que fazemos é mesmo muito bom e o que vem nos livros é o que fazemos (...) Temos orgulho de trabalhar aqui”. e “começa-se a pensar com os outros”* é compatível com a construção de um processo de identificação e de construção de identidades.

“Aqui talvez tenha aprendido com a chefe; a Enf. I, já temos conversado, também é muito assim; enquanto não resolve o problema vive sempre com ele: no trabalho que fizemos sobre o burnout, ela dizia que não mas foi a pessoa com maior burnout” Entrevista etnográfica .

“ (...) Nós achamos que o que fazemos é mesmo muito bom e o que vem nos livros é o que fazemos, é como nós aprendemos e não como a maioria das pessoas que passaram noutros hospitais fazem. Temos orgulho de trabalhar aqui.” Entrevista semi estruturada Enf B

“Considero este Hospital, em especial este serviço, o “topo de gama”. É agradável trabalhar num serviço em que se dá tanta importância ao bem-estar do utente/família, bem como o regresso a casa/instituição. Na verdade trabalha-se muito e por vezes o cansaço físico e psicológico dificulta-nos o desempenho a 100% das nossas funções, mas os resultados obtidos superam quaisquer dificuldades sentidas.” Entrevista semi estruturada Enf

É na gestão da complexidade que a visão do todo promove um agir de forma antecipada prevenindo, assim, acontecimentos inesperados, como refere, numa conversa com um dos actores intervenientes no serviço “*antes das coisas se complicarem devemos intervir*” a visão a partir do todo e com conhecimento das partes caracteriza a postura supervisiva existente no serviço.

Observação

A enfermeira chefe atende o telefone. “Desculpe, talvez não seja a si que lhe deva pedir isto, mas sabe que estamos com problemas onde se lavam as arrastadeira e o vinagre é um desencrostante. Antes das coisas se complicarem devemos intervir. Sei que não devem ser vocês (cozinha) mas, vou então tentar noutro lado. Uma coisa é certa, concordo consigo quando diz que compete aos serviços de manutenção, mas o que acontece é que dizem que é preciso fazer e deixam sempre para os mesmos resolverem, a enfermagem.”

A supervisão do serviço é fortalecida com o conhecimento do sistema meso e macro, ou seja, promove-se a orientação do serviço e do comportamento individual para o tipo de comportamento ditado pelas exigências organizacionais. Tavares (1996:56) diz-nos “em tudo há, com certeza, uma maneira de estar mas que não pode prescindir de uma ciência e de uma técnica, de uma estratégia que é necessário possuir e, se possível, dominar” ao qual reforçamos características pessoais como persistência, saber estar, saber ser, transmitir, comunicar e relacionar. Neste processo constata-se também a preocupação na articulação de interesses pessoais com o funcionamento do serviço, onde a relação afectiva, a satisfação e a motivação fortalecem o clima relacional. Estas dimensões implicadas na atitude da enfermeira-chefe são elementos constitutivos de uma visão supervisiva (Sá-Chaves, 2000).

“Como vês tenho aqui uma listagem de pedidos dos enfermeiros para ver a possibilidade de conciliar com o horário proposto. Sempre que possível faço-o, também, assim, quando preciso fazem por estar presentes, mesmo fora do horário. É impossível juntar toda a gente em reunião estando no serviço. Mesmo assim, planeio as reuniões a partir das 14.30 e apanho enfermeiros de dois turnos.” Entrevista etnográfica enfermeira-chefe.

Sendo o ambiente de trabalho o conjunto de forças e condições que cercam e influenciam os actores, este faz-se sentir a partir das interações e pelo modo como ocorrem o que constitui uma determinante do clima do serviço. A partilha colectiva de conhecimentos e a organização de momentos formativos favorece o enriquecimento pessoal e profissional a nível de competências relacionais, cognitivas e afectivas. Estes momentos são proporcionados no serviço, entre pares e em grupos mais alargados, podendo mesmo ocorrer inter-serviços na organização. O conhecimento é construído a partir de situações reais da prática na articulação dialéctica entre saberes construídos na acção e saberes de natureza teórica (Canário, 1999). Integra o agir prático, retro e prospectivo, nas dimensões ecológicas e culturais dos contextos (Sá-Chaves, 1994).

“O Quadro conceptual de enfermagem está directamente relacionado com a missão, valores e princípios orientadores da prática de enfermagem. Deste modo os Valores e os princípios orientam a forma de estar dos enfermeiros do CHMT na sua relação com o Utente, Familiares e Amigos (...) nas relações interpessoais com os pares e outros profissionais (CHMT, 2005 a):).

Neste sentido, a organização de momentos formais e informais de formação, visam a auto realização do profissional, a melhoria continua da qualidade da prestação de cuidados e o empenhamento e motivação dos profissionais. (Ib. Opc.). Estes momentos passam, numa primeira fase, por situações que desenvolvem um conhecimento informal.

Integrado no *habitus* do serviço, evidencia-se no modo como trespassam as várias camadas dos sistemas envolvendo uma miríade de pessoas, estruturas e burocracias até à eficiência do resultado. São pormenores dirão, mas a descrição da enfermeira-chefe demonstra o cuidado que se tem para o cuidar no serviço e se constitui como modos de formação. Estas integram a atitude de atenção não só à qualidade, às exigências mas à estética das coisas. Como temos metaforicamente vindo a dizer, os detalhes fazem parte do desenho e às vezes fazem toda a diferença e são apreendidos no todo e não na especificidade.

“Por exemplo, (...)no carro de terapêutica há espaço para a separação de lixos e já pedi sacos brancos à medida. O papel e o plástico vão para saco de cristal, mas o lixo para incinerar tem de ir em saco branco. Os que temos são enormes. Já pedi todos percebem, mas não temos. Então colocamos um de cristal, dentro

de um branco, para se retirar várias vezes e depois se despejar noutra branco enorme para incinerar (...)é um consumo suplementar, além de ficar inestético”.Entrevista de especialista – enfermeira-chefe.

Outras formações de âmbito mais restrito são efectuadas no serviço. A formação é entendida como formação contínua e formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas e as estratégias de desenvolvimento definidas pela Organização” (CHMT, 2005 a) : 16). É definida como uma estratégia que permite aos enfermeiros actualizarem, aprofundarem e/ou adquirirem conhecimentos, desenvolverem capacidades, atitudes e competências necessárias à auto transformação e à inovação contínua da prática profissional.

*E – “Estou um pouco parada em relação à formação. Depois da licenciatura parei. Antes fui convidada pelo departamento de formação para ser formadora no hospital. Teve a ver com uma experiência anterior do serviço de infecciologia do hospital Curry Cabral para um grupo profissional “– as auxiliares”
Entrevista semi estruturada D.*

É na gestão da complexidade das interações e das situações de cuidados que, como vimos, o serviço enquanto sistema, contém os mecanismos e processos que permitem produzir-se e reproduzir-se. O próprio serviço detém, dentro dos seus limites, a capacidade e os mecanismos para se auto-gerir, não descurando a articulação com a envolvente externa. Existe desta forma uma “auto-produção” como nos sistemas autopoieticos de que nos fala Maturana e Varela (1980), onde o conhecimento se produz dentro dos limites do próprio serviço englobando a comunicação das mais variadas formas – registos, informatização de dados e comunicação interpessoal.

Constatámos um conjunto de sinais (mensagens e meta mensagens) que reflectem e transmitem características organizacionais concretas, tais como o grau de autonomia, o tipo de estrutura, o nível de consideração e o apoio entre a enfermeira-chefe, os enfermeiros e os restantes elementos da equipa de saúde. Verificámos um clima interpessoal ou diádico e um clima de grupo onde há partilha de sentimentos passando do estado do “eu” para o estado do “nós”. Centrando-nos em Alarcão (2000), este serviço apresenta uma forte orientação para o conhecimento e as atitudes e a existência de interações humanas, bem como evidencia a comunicação e a sua ligação à inovação e mudança. Existe uma forte componente ligada com a compreensão dos fenómenos de passagem recíproca individual-social na construção do conhecimento na organização. Pressupõe um trabalho colectivo de reflexão e partilha e transformação em conhecimento tácito e explícito. Um processo de produção, de confronto e partilha de significados dão origem a normas e procedimentos,

colectivamente reconhecidos e legitimados, característico de uma aprendizagem organizacional. Este facto é considerado e tido como conhecimento pelo presidente do conselho de administração que, falando dos profissionais, especificamente do sector de enfermagem, realça dizendo

“Como sabe bem, este hospital também é recente e como em tudo o que é novo há um grande envolvimento e vejo que a parte de enfermagem tem uma organização que consegue levar as coisas de forma estruturada e dão resposta com eficácia. O mesmo já não se passa com outros sectores de profissionais”

O ambiente de reflexividade, as vivências do serviço, as releituras das posturas individuais e colectivas, o confronto de processos e de resultados colectivos determinam componentes da formação experiencial (Amiguinho et al, 1997). Estas, mediante adaptações progressivas de novas ideias ou propostas, promovem mudanças dentro e fora da organização, experiência acumulada– “memória colectiva organizacional” (Antonelle, 2005) e “normalização” em relação ao funcionamento do serviço e à prestação de cuidados.

Este processo é caracterizado por uma interacção um-a-um, ou seja, cria-se um clima interpessoal ou diádico (Diagrama 21) que permite a formação de significados inter-subjectivos, fundamentais ao desenvolvimento de relacionamentos informais na organização do serviço e que são promotores de inovação.

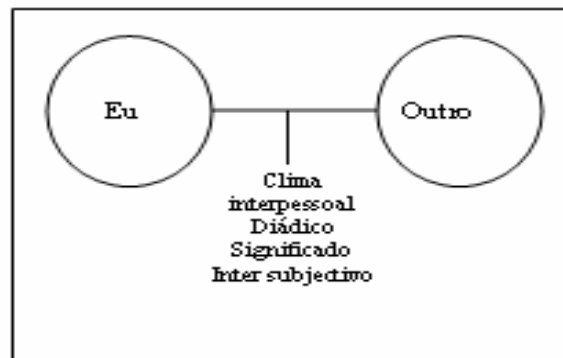


Diagrama 21 – Criação do clima: significado inter-subjectivo

O diálogo recorrente no seio do grupo, constitui-se enquanto estrutura de rede social, e que se torna operacionalmente fechada e auto referencial. Existe como que um código genético do serviço, constituindo-se como auto-referenciação, (Diagrama 22) isto é, a utilização de uma memória de evolução para a sua reprodução e continuidade (Magalhães, 2005).

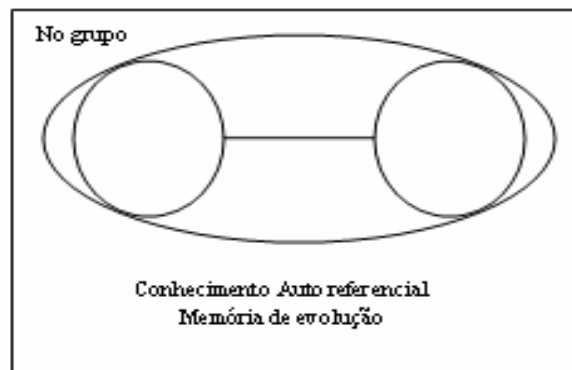


Diagrama 22 – Criação do clima – auto-referenciação

A um nível mais amplo, o serviço promove a interacção no grupo ou o clima localizado no grupo, numa dimensão formal, através da subjectividade genérica, mais ligada ao controlo (Diagrama 23).

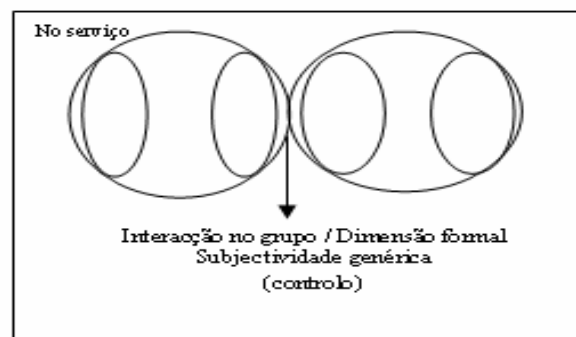


Diagrama 23 – Criação do clima – subjectividade genérica

Os enfermeiros, enquanto gestores deste processo partilhado e de conhecimento inter e intra-subjectivo, são parte importante na dinamização do serviço “(...) nomearam duas pessoas até diferentes na forma de estar. Mas complementam-se. Vão às reuniões e aqui dinamizam o processo. E assim acontece para tudo (...)” (entrevista enfermeira-chefe). Neste sentido, a gestão do serviço centra-se, não só, na dimensão individual da pessoa e do enfermeiro responsável pelo doente, mas

num projecto definido, de resolução de problemas ou num processo na dimensão operacional. Estas dimensões em análise integradas numa relação mais ampla, a dimensão estratégica institucional, visam a resposta de qualidade dos cuidados à população.

Para Flück (2001) estas três dimensões: Individual (a nível do profissional), Operacional (a nível do grupo ou equipa, com um projecto ou um processo) e Estratégica, (a nível da empresa / instituição, orientada pela organização), caracterizam a gestão por competências para responder às necessidades da instituição.

Valoriza-se a aprendizagem pela experiência, reconhece-se o processo formativo dos contextos de trabalho que, como refere Abreu (1997) consubstancia um conjunto de competências exigido pelo exercício do trabalho.

Costa (1998), numa investigação efectuada com enfermeiros num serviço de medicina, reconheceu as capacidades destes para agirem sobre situações que vivem.

Em síntese, o clima do serviço é caracterizado por um *habitus* potencializador de um cuidar característico do serviço. O ambiente é favorecedor de aprendizagem experiencial e na consciencialização e partilha reflexiva sobre situações problema, desenvolvem um processo de construção e transformação de conhecimento. O contexto constitui-se promotor de experiência à *priori* ou à *posteriori*, pela reflexão à posteriori, implica a pessoa na procura de novas soluções face a reflexões sobre experiências vividas e com análise das dimensões em causa. Esta forma de estar promove a abertura, o diálogo, a crítica e a fundamentação originando o desenvolvimento de competências por uma aprendizagem com foco individual e foco em processo-sistema. Estes momentos caracterizam uma organização formadora (Rolo, 1996) que trabalha sobre situações problema sendo a aprendizagem facilitada: 1) por implicação da pessoa, considerando a procura de soluções e validação além de autonomia e responsabilidade sobre os resultados obtidos; 2) pelo sentido que o trabalho tem para a pessoa; 3) pela variedade de dados sobre os quais recai a discussão e partilha nas equipas. Assim sendo, a aprendizagem organizacional surge como um elemento fundamental para a mudança.

A construção do conhecimento efectua-se a partir do aprender com a experiência acumulada, mediante adaptações progressivas de novas ideias ou propostas através da “memória colectiva organizacional”, e do aprender com os projectos postos em prática, mobilizando uma cultura de reflexão sobre problemas da prática e de colaboração em equipa. Existe o processamento da informação, interpretação e distribuição de informação pela organização, ou seja, a aprendizagem com foco em processo-sistema.

2. A CULTURA ORGANIZACIONAL: UMA DETERMINANTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso que temos vindo a efectuar tem-se alargado em círculos ou sistemas cada vez mais amplos e complexos, justificando uma dinâmica desenvolvimental ao nível do indivíduo – sujeito, grupo, serviço e organização, característica do modelo de Bronfenbrenner.

A capacidade de responder aos problemas do exercício profissional relaciona-se com um conjunto de saberes práticos, adquiridos directamente pelo seu exercício e de saberes teóricos e técnicos, organizados relativamente à satisfação das necessidades do cliente e que designamos de saberes de organização (Correia, 1979) ou de competências organizacionais (Flück, 2001), significando não uma competência para gerir, mas uma competência sobre a organização, em equipa ou em rede. Verifica-se, assim, a influência deste na organização no serviço e no desempenho profissional dos enfermeiros na resposta à qualidade dos cuidados a prestar.

Como temos vindo a constatar, o sistema micro – serviço de medicina é influenciado pelo sistema macro. Neste, englobamos a missão, visão e valores da instituição bem como as orientações gerais que determinam o funcionamento global da instituição no seu todo e em particular de cada unidade. Enquanto missão, as palavras-chave são: prestar cuidados, eficiência, qualidade, articulação, custos, utentes, complementaridade, motivação e satisfação, centrais para a articulação dos valores e objectivos a definir.

“O CHMT tem como Missão – prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, aos utentes da área de influência do Médio Tejo, promovendo a complementaridade entre hospitais do Centro e apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais” (CHMT, 2003:2).

Como abrange três unidades hospitalares, a sua organização é ainda mais complexa e, segundo entrevista efectuada ao Presidente do Conselho de Administração, a complementaridade permite maior eficácia e redução de alguns custos.

“A importância dos contributos das três Unidades Hospitalares, dos seus líderes e da própria comunidade para a definição do Centro, bem como a necessidade de continuação de aprofundamento da complementaridade técnica inter-hospitalar, no sentido de maior articulação, diferenciação e valorização das valências médicas atribuídas a cada Unidade e da junção de sinergias, permitem maior eficácia e redução de alguns custos.

A articulação em relação à enfermagem no CHMT é efectuada pela enfermeira directora que tem a seu cargo a coordenação técnica de toda a actividade de enfermagem do CHMT. A direcção de enfermagem é constituída pela Enfermeira Directora e pelas Enfermeiras Adjuntas – em cada Unidade Hospitalar. (CHMT, 2005 a) : 7). “*O organigrama nunca foi aprovado mas foi feito e toda a gente tinha conhecimento de que era eu e uma adjunta em cada unidade*”. A gestão de topo visa a participação dos diferentes gestores que, no sector de enfermagem, é constituído pelas enfermeiras-chefe ou responsáveis de serviço e pela comissão de enfermagem, que definem para o ano os objectivos comuns aos serviços. Neste hospital, foram definidos a avaliação da dor e a avaliação das úlceras de pressão. A partir das três primeiras não conformidades do sistema de classificação de doentes, cada serviço definiu um outro objectivo.

“O organigrama nunca foi aprovado mas foi feito e toda a gente tinha conhecimento de que era eu e uma adjunta em cada unidade. As adjuntas faziam, através da comissão de enfermagem, a comunicação com as enfermeira-chefe (...) durante o ano eu ia, sempre que possível, às reuniões da comissão de enfermagem. (...) Anualmente a direcção de enfermagem definia os objectivos comuns a todos os serviços de internamento. Como objectivos estavam definidos, em relação ao sistema de classificação de doentes, identificar as não conformidades (...), e agir nesta situação; avaliação da dor e avaliação do índice de úlceras de pressão.” – Entrevista de especialista – enfermeira directora. Entrevista enfermeira directora.

O conhecimento da missão do hospital, objectivos e dinâmica do mesmo, é interiorizado pelos seus colaboradores através da integração efectuada ao profissional e disseminado nos mais diversos documentos. A integração de novos profissionais é feita com base no manual de acolhimento que contém “informação sistematizada sobre a enfermagem em termos globais e contextualizada no CHMT” (CMHT, 2005a:3). Tem como objectivos: transmitir elementos da cultura; apresentar a organização de enfermagem e facilitar a integração dos enfermeiros e integra a Missão, Valores, organograma e a estrutura do CHMT (CHMT, 2005 b).

A gestão participativa por objectivos é caracterizada pela articulação entre o conselho de administração e os serviços. No sector de enfermagem, efectua-se através da comissão de enfermagem, onde se fez participar todos os serviços na definição de objectivos, nos indicadores de avaliação mensuráveis e posteriormente na sua medição. Este processo é efectuado anualmente “*existe diálogo com as chefias através da gestão participativa por objectivos; por outro lado, faz-se participar os profissionais no plano de acção e na fixação dos objectivos*”, por outro lado o que

“quero é que toda agente participe e conheça o alcance de tudo isto, (...) a justiça e a equidade em todos os serviços (...) isto parte a nível macro e depois a nível do serviço, chefias, e dos enfermeiros (...)”

A gestão por objectivos nasceu na administração SA, articulado com a avaliação de desempenho da função pública e articulado com o CIADAP e tivesse como consequências a atribuição de incentivos (...)a partir das não conformidades foram definidos objectivos a atingir... fáceis de ser mensuráveis (...) preparados com rigor (...)definidos objectivos, indicadores de qualidade (...) foi uma experiência ótima, e ao mesmo tempo, neste ultimo ano, o CA fez um acordo com a OE, para imprimir os padrões de qualidade, (...)todos os enfermeiros estão a participar na definição de indicadores de medida,(...) actualmente estão definidos os objectivos de cada serviço, os indicadores de qualidade de cada serviço, os critérios de medida e acompanhados pelos enfermeiros que estão neste projecto. Entrevista enfermeira directora.

A participação na gestão evidencia a cultura como um mecanismo da construção de significados que guia e forma os valores, comportamento e atitudes dos funcionários, de dar sentido às experiências (Argyris, Schon 1996). Enquanto integração, a formação no hospital faz parte integrante do CHMT, incentivando a aquisição de novas competências e conhecimentos, gerando a principal fonte de qualidade, inovação e serviço que se vai projectando ao longo do tempo.

Para Gherardi et al citado em Antonello (2005:21), a aprendizagem “é o processo que exige ingressar no sistema cultural de significados compartilhados” e envolve três etapas:

- Monitorização do ambiente, através de contactos pessoais e características da natureza do trabalho;
- Interpretação dos dados através do significado atribuído – existem percepções partilhadas e mapas cognitivos construídos;
- Aprendizagem pela aplicação de teorias em acção.

Neste sentido, o CHMT integra o Sistema de Gestão da Qualidade com base nos requisitos das normas portuguesas NP EN ISO 9001:2000 e NP EN ISO/IEC 17025:2000 e o Plano de Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente, tendo como objectivo “desenvolver uma abordagem sistemática de avaliação dos processos e resultados obtidos, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados prestados e a promoção da melhoria contínua” (CHMT, 2005:1). Possui o departamento de Gestão da Qualidade que tem como responsabilidade promover a formação dos profissionais em melhoria contínua da qualidade, adequando a proposta para o Plano de Formação ao levantamento das necessidades formativas. (CHMT, 2005:4), “o mecanismo de avaliação da

satisfação permite ao CHMT avaliar a sua performance face aos objectivos definidos” (CHMT, 2004: cap.5:1). Utiliza os princípios da política de qualidade “(...) envolver os colaboradores (...) e assegurar a sua formação adequada, bem como promover a comunicação a todos os níveis” (CHMT, 2005:3).

A organização busca a aprendizagem num estado de “contínuo esforço”, de facilitação de aprendizagem individual para transformar a organização inteira e o seu contexto, sendo a gestão da qualidade total (GQT) um marco para a organização de aprendizagem (Wang e Ahmed, 2002 in: Antonello, 2005)

Para vários autores (Garvin, 1993; Barrow, 1993) a GQT existe numa relação entre esta e a AO; visam o sucesso da GQT relacionado com a habilidade da organização – aprender, absorver, aplicar e integrar à organização. Este facto integra a aprendizagem organizacional com foco em melhoria continua.

A formação entre os profissionais, nomeadamente a “formação entre enfermeiros, contribui para um colectivo (...) a formação no hospital é orientada para as coisas que necessitam de se pôr a funcionar e traduz-se no melhor funcionamento do hospital” (entrevista ao director do hospital). É entendida como formação contínua e formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas e as estratégias de desenvolvimento definidas pela Organização” (CHMT, 2005a:16). É ainda definida como uma estratégia que permite aos enfermeiros actualizarem, aprofundarem e/ou adquirirem conhecimentos, desenvolverem capacidades, atitudes e competências necessárias à auto transformação e à inovação contínua da sua prática profissional.

A participação e envolvimento dos enfermeiros no processo de criação, comunicação e uso do conhecimento, parece compatível com comunidades da prática que, neste sentido, são sistemas auto-organizativos onde as pessoas participam de diferentes maneiras e em diferentes graus de desenvolvimento, permitindo criar oportunidades de aprendizagem a todos os elementos.

Há, desta forma, um empreendimento comum, um envolvimento mútuo e repositório de informação partilhada. Neste sentido, a prática serve como fonte de coerência e explicitação a uma comunidade e inclui linguagem, documentos, símbolos, procedimentos e regras comuns. Há um processo de liderança interna formal ou informal, mas legitimada pela comunidade, (Wenger, 2000), quer a nível micro, como meso e macro, liderado pela enfermeira chefe e pelo departamento de formação, com orientação da comissão de enfermagem e da enfermeira directora.

Esta dinâmica é caracterizada por Wenger (Ib.Opc.) como constituinte das CoPs, fundamentais na aprendizagem organizacional, situação verificada no processo de implementação da CIPE, com

partilha reflexiva de focos comuns no próprio serviço, inter e intra serviços no CHMT e ainda com recurso a peritos externos.

Este processo promove a transformação do conhecimento, de explícito em explícito, (combinação) a nível da organização e inter organizações através da linguagem comum (CIPE) utilizada na informatização dos registos (SAPE).

“O trabalhar em conjunto, entre serviços das diferentes unidades, o nível de motivação foi aumentando, (...) no princípio não foi muito fácil (...), cada enfermeiro -chefe quer que o seu serviço brilhe (...) que os seus documentos sejam aprovados (..) foram compreendendo (...) trabalhar em conjunto (..) era preciso interagir (...) um processo demorado (...) exploraram mais umas unidades que outros.” Entrevista de especialista – enfermeira-directora

“(...) fazemos sempre observações em relação a tudo o que fazemos, e os auditores externos fizeram um elogio aos registos. Existe uma base de parametrização, mas cada serviço identificou os seus focos, a avaliação inicial que queriam parametrizada, e articularam-se entre si e construíram os seus manuais (...), depois o levantamento de necessidades de equipamento (..) prescrição on line e CIPE, daí os recursos considerados a parte logística, de formação – formadores internos em CIPE e SAPE e parametrizadores do sistema, dois enfermeiros. Perante os manuais, está a uniformizar-se a linguagem do CHMT, processo muito demorado. Processa-se a nível dos enfermeiros-chefes, já anteriormente efectuado no serviço entre os enfermeiros. Estão a construir isto juntos, no centro. (...) Temos todos os manuais.”

“O hospital desenvolve acções e depois é feita uma reflexão. Tenta pôr toda a gente a trabalhar, toda a gente tem uma área que desenvolve mais. Uns mais na área dos cuidados ao diabético, organizar carros de pensos tenta envolver muito na gestão de serviço.” Entrevista semi estruturada D.

Ainda em relação à formação, Sacadura, enfermeira-directora, refere que a formação do CHMT é coordenada pelo departamento de formação e tem como objectivo identificar as necessidades de formação e propor o plano de formação ao conselho de administração. Como está em curso a certificação pela Joint Commission, existem já áreas definidas. Assim, há formação para pessoal a ser admitido, para serviços específicos e ainda reciclagens. A formação é orientada para projectos de desenvolvimento ou para necessidades no serviço e articulada ao desenvolvimento de competências do enfermeiro.

No entanto, a formação estruturada acompanha a aprendizagem organizacional. Nesta unidade, a formação em serviço está estruturada desde 1983, perspectivando a articulação com as necessidades de formação e o desenvolvimento de competências.

“Acho que tem a ver com a cultura deste hospital, nós fomos sempre habituados a pensar, a discutir, a partilhar a prática em conjunto, nomeadamente pelas comissões de enfermagem e o facto de termos abraçado o sistema de classificação de doentes, foi os primórdios, sempre trabalhámos em conjunto para o mesmo fim, e a partir daí foi o desenvolvimento em diversas vertentes, (...). É mais fácil uniformizarmos as coisas por consensos, isto já vem desde 1983. É um processo continuado, mas com altos e baixos mas que neste momento está num processo alucinante de desenvolvimento.” Entrevista de especialista – enfermeira-directora.

Tem-se verificado um processo, com uma complexidade cada vez maior. Este facto determina, segundo Antonelo (Ib. Opc.), e Nonaka e Takeuchi (1995) a aprendizagem organizacional com foco na cultura, em que o objectivo é criar um ambiente de aprendizagem entre os indivíduos e a organização, promover a interacção e fortalecer a base de conhecimento, ou seja um processo de transferência de conhecimento entre os níveis individual, grupal, organizacional e interorganizacional e o desenvolvimento de competências colectivas.

Quando efectuado a nível dos diferentes actores, promove um sistema auto organizativo, em que as pessoas participam de diferentes maneiras e graus de desenvolvimento que, como refere Wenger (2000), as comunidades da prática, são promotoras de oportunidades de aprendizagem a todos os elementos.

“Este hospital já fazia formação em serviço perfeitamente organizada, estruturada e coordenada pelo departamento de formação (...) neste momento está organizada para o centro. (...) Está presente em cada chefia. Aqui no hospital em relação aos enfermeiros-chefe há uma certa autonomia (...), há um conhecimento da enfermagem (...) tirando algumas críticas habituais que nós estamos a ocupar lugares (...) alguns médicos..são críticos em relação aos enfermeiros. O que é certo é que foram, e os outros vão por arrasto, em relação ao processo de certificação somos nós que vamos à frente, somos vistos desta forma.” Entrevista de especialista – enfermeira-directora

Perspectivando uma melhor compreensão da cultura, continuamos percepcionando o modo como os sinais se combinam de forma a produzirem significado e a se evidenciarem como emergentes dos comportamentos existentes. Constatámos a existência de aprendizagem organizacional, pela

interacção individual consciente por parte dos indivíduos, na troca de experiência colectiva, viabilizada por meio do consenso e de acções cognitivas partilhadas, característico de uma aprendizagem com foco na socialização individual. Porém, a aprendizagem gerada na interacção com os outros e com o meio e na cooperação para atingir objectivos comuns e o sistema na sua globalidade, antecipando mudanças posteriores, faz parte de uma aprendizagem com foco em processo sistema (Antonelo, 2005), ambos analisados no contexto formador do clima organizacional.

“A formação pertence ao departamento de formação, pessoalmente não concordo muito, mas é o que existe. Há a identificação das necessidades de formação, a elaboração de um mapa, é discutido depois a nível do CA e trabalhada. Penso que à partida a instituição tem uma certificação em curso, e sabe de antemão a formação que tem de fazer e outra coisa é a nível dos serviços e depois articular com os recursos existentes (...). Em relação aos enfermeiros que são admitidos há formação obrigatória de acordo com Joint Comission (...) outra tem a ver com determinados serviços e ainda com a reciclagem a efectuar. Os serviços já estão identificados e depois temos as reciclagens. Portanto (...) a formação deve ser orientada para projectos de desenvolvimento ou para aquilo que existe no serviço e desenvolvimento de competências ao nível do seu próprio trabalho.” Entrevista de especialista – enfermeira-directora.

O discurso efectuado pela enfermeira directora e o discurso dos enfermeiros do serviço parece conter alguma discrepância. A tonalidade crítica apresentada por estes, parece mostrar algum distanciamento do conselho de administração e das chefias, do qual faz parte a enfermeira-directora. Estas críticas parecem centrar-se mais em aspectos relacionados com questões económicas, de motivação, marcada pelo sobrecarga de trabalho, pela resposta dada às necessidades da certificação e pela pouca valorização do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, pela direcção do hospital,

“O mais engraçado é que nos sentimos menos valorizados quanto mais fazemos. Passamos da qualidade para números que falam. Aos poucos e poucos, aumentar o número. Exigem mais e cada vez mais. Estamos a andar para trás e não é possível. Acrescentar maior número de enfermeiros e, de repente, vemos as coisas a andar para trás. Não nos escutam, não nos ouvem.” Entrevista semi estruturada A.

Este facto manifesta-se relativamente ao grupo profissional dos médicos na resposta às exigências da Joint Comission, entidade que certifica neste momento o hospital. *“São sempre os enfermeiros a dar resposta, e nunca somos ouvidos”*.

Quanto à direcção dos serviços, Alcaravela (Ib. Opc.), administrador hospitalar, reconhece a existência de directores que por vezes bloqueiam o funcionamento dos serviços, recaindo a liderança, informal, noutro profissional, que apesar de reconhecida, ainda é difícil de mudar, por razões sociais. Como refere Carapinheiro (1998), os enfermeiros em funções de gestão possuem um poder superior ao que lhes é concedido em termos formais.

“No nosso país, as coisas são difíceis e quem tem a liderança dos serviços nem sempre lidera. Podemos ver isto em muitos serviços. O serviço de Medicina também sei que, (...) se não fosse a liderança que existe e a organização de enfermagem, ... bem, tem uma chefia que consegue manter aquele serviço como está. Às vezes nem sempre é fácil com a parte médica. Eu sei que a organização é diferente.” Entrevista director do CHMT.

No discurso efectuado valorizam a diferença existente no tipo de gestão actual, em relação ao passado recente. Anteriormente existia uma preocupação da comissão de enfermagem com a proximidade aos profissionais, com a centralidade nos cuidados e nos enfermeiros como cuidadores. Actualmente, a ênfase é colocada em números, no fazer e não no modo como se faz, o que evidencia uma percepção da não valorização do trabalho da enfermagem e da qualidade dos cuidados. Este facto é reforçado por um sentimento de ausência de incentivos profissionais, uma ausência notória de comunicação relevante entre os enfermeiros e os órgãos de gestão (entre os CA e os restantes níveis da organização); uma falta ou falha de comunicação a nível de objectivos e estratégias do serviço; uma desmotivação pela ausência de experiências vividas anteriormente e consideradas positivas em relação à circulação de informação e de proximidade profissional (contrapõe experiências actuais) e uma perda de poder de enfermagem com este tipo de gestão em relação ao anterior, caracterizada por critérios de gestão influenciados por princípios de racionalidade económica.

“Há uma desmotivação de tudo o que está acontecer, muita instabilidade a nível hospitalar, cada vez pedem-nos mais (...)pedem-nos tudo e não podemos dizer que não e então pedem e as pessoas têm de fazer e nunca foram ouvidos para fazer certas coisas” . Entrevista semi estruturada Enf D

“Ao princípio e agora é diferente. Antes como eu conhecia... antes tinha uma perspectiva diferente. Tinham qualidade de trabalho, métodos, instrumentos... a direcção de enfermagem tentava instituir para que os enfermeiros fossem melhores. Agora nem nos ouvem...” Entrevista semi estruturada Enf D

“Se calhar deveriam ser reconhecidas mas, depois, não são reconhecidas qualquer coisa que aconteça é culpa dos enfermeiros, é assim os enfermeiros têm de fazer, e os enfermeiros fazem, (...) Por exemplo, na Joint Comission, em relação às siglas e abreviaturas, nós temos um folha, se não fizermos como eles dizem temos logo uma falha e da parte médica não há nada feito. (...) Da parte da chefia há um grande medo em dar-nos razão.” Entrevista semi estruturada B

Estes dados identificados na relação entre os enfermeiros e enfermeiros gestores e o Conselho de Administração, não diferem dos achados por Carvalho (2006) com enfermeiros que desempenham funções de gestão em hospitais SA e EPE e a sua relação com a nova gestão pública (NGP).

De acordo com Abreu (1997), a vivência da afectividade e a relação com o poder são exemplos de situações quotidianas cuja transformação tem importantes efeitos formativos para o colectivo de actores. Estas situações traduzem-se de forma positiva na interacção com o clima de serviço, com a organização enquanto aprendizagem organizacional, com o processo de integração, mas traduz-se de forma negativa, na interacção a nível macro, com o tipo de relacionamento e de incentivos entre o poder e os actores.

“É complicado o que notamos é que exigem muita coisa e dão muito pouco. Não dão horas extraordinárias não dão nada, também, cada vez há mais papéis, papéis; papéis...É complicado. Deviam dar-nos mais valor, no sentido de não exigirem tanto de nós. Há indicadores do serviço e deviam ser considerados. A certificação da qualidade está a dar muito que fazer. Nós estamos mal pagos. Porque somos considerados e não somos pagos como tal.” Entrevista semi estruturada D

“Em termos de enfermagem vai chegar uma altura em que não vamos ter tempo para os doentes. Há várias coisas para fazer. A quantidade não é qualidade mas não é fácil à população dar por isso a não ser pelo internamento.” Entrevista etnográfica A

“Se calhar está-se a reflectir a nível de tudo. Há uma grande crise e há uma altura em que as pessoas têm de ser mesmo autocráticas e tentar fazer as coisas, (...) há uma grande insatisfação e desmotivação e tudo o que tem de fazer não é sentido.(...) o hospital pede sempre tudo, (...) temos de fazer trabalho de casa, as pessoas começam a desmotivar e o trabalho delas no final não tem grande funcionalidade.” Entrevista semi estruturada B

Apesar do vivido e experienciado, o estabelecimento de interações complexas originam um estado de equilíbrio progressivo e de adaptação, promotor de autonomia no interior de alguns sistemas mais do que em outros.

Em síntese, o conjunto de dados analisado permitiu-nos constatar o clima vivido no serviço e a cultura da organização e a influência no desenvolvimento de competências. Os dados consubstanciam um conjunto de valores, face ao cuidar em contexto hospitalar, a sua relação com o tipo de gestão e de aprendizagem organizacional, fundamental ao desempenho com a qualidade desejada.

Na realidade existe um processo de cuidar que, pela sua imprevisibilidade e incerteza exigem um estar atento, reflexivo e de análise, com base na prática desenvolvida no quotidiano e característico do *habitus* do serviço.

Este processo é caracterizado por um clima determinado pela construção / transformação do conhecimento, experiências formativas e a partilha de significados. As interações e o equilíbrio promotor de autonomia no interior da organização são determinados por interações complexas, fruto de um envolvimento no todo do sistema pela aprendizagem organizacional característica da gestão por competências. A postura dos actores é marcada pelo clima existente no microssistema, determinado por interações sucessivas com o sistema meso e macro.

No entanto constata-se a nível da relação com o sistema macro uma certa incongruência. Esta é centrada essencialmente no sistema de comunicação, na ausência de feedback positivo, face ao trabalho desenvolvido resultando em desmotivação ao nível micro.

CAPÍTULO V

UM NOVO OLHAR SOBRE AS COMPETÊNCIAS: AS CONCLUSÕES

UM NOVO OLHAR SOBRE AS COMPETÊNCIAS: AS CONCLUSÕES.

O desenlace da “tapeçaria” que temos vindo a matizar com as cores e pormenores possíveis de cada cuidado centrado no doente / família, permitiu-nos responder à **questão** colocada: *Como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem num serviço de medicina hospitalar e quais as determinantes desse processo?*

A **finalidade** centralizadora desta investigação - compreender o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho, a influência do contexto da prática e a trajectória pessoal e profissional na construção dos saberes e no cuidar em enfermagem, num serviço de medicina hospitalar, teve por base as seguintes **questões de investigação**:

De que modo o contexto profissional promove o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros?

Qual a articulação entre o processo de aprendizagem dos enfermeiros e o desenvolvimento de competências profissionais?

Como constroem os enfermeiros o processo de desenvolvimento de competências profissionais no cuidar em enfermagem?

Que sinergias desenvolvem os diferentes actores da equipa de saúde, na construção das competências profissionais dos enfermeiros?

O **modo desta investigação** – *estudo etnometodológico* – privilegiou a presença do investigador no contexto, factor facilitador da metodologia utilizada através de observação participante, entrevistas etnográficas, de especialistas e semi-estruturadas.

A triangulação de dados e de fontes, associada à análise qualitativa das observações, suportada em paradigmas de clarificação do desenvolvimento de competências, permitiu conjugar e consolidar as diversas fontes de informação, numa atitude crítica e construtivista face ao objecto em estudo.

Ao longo desta investigação fomos sistematicamente compreendendo as interacções entre os actores, os saberes e o contexto orientados pelas questões de investigação. Neste momento, a compilação dos resultados da investigação, mostram a evidência de factos que ultrapassam o nosso questionamento inicial.

Acreditámos, quando partimos para esta problemática, no abandono das “antigas práticas”, na renúncia da reputação dos cuidados de enfermagem face aos doentes internados num serviço de medicina hospitalar e no desenvolvimento de competências dos enfermeiros ao longo da vida.

A análise das práticas e, neste sentido, a análise sistémica e ecológica efectuada, permitiu-nos ter um novo olhar sobre o desempenho profissional dos enfermeiros, sobre as suas competências, sobre os contextos e os cuidados de enfermagem.

Ao longo do percurso verificámos: a existência de uma complexidade de interações, a nível dos vários sistemas articulados de forma dinâmica; a influência predominante do sistema micro e meso; a existência de um processo supervivo promotor de transições ecológicas e de aprendizagem experiencial ao longo da vida e a identificação de um *habitus* promotor do desenvolvimento de competências.

No que se refere ao **processo de cuidar**, as competências mobilizam a articulação de diferentes dimensões do profissional, são contextualizadas e operacionalizadas em determinadas condições e tempo e são validadas pelo sujeito alvo dos cuidados. Na sua dinâmica enquadram:

- **Os processos metacognitivos** implicados na comunicação. Esta envolve a *interacção diádica* de cuidados onde o enfermeiro mobiliza, além dos conhecimentos declarativos (o que se pode dizer a respeito das actividades em questão) e os procedimentais (que correspondem às perícias do domínio do saber fazer) as habilidades (como é preciso agir para atingir os objectivos desejados e que meios e recursos mobilizar), fazendo a diferença entre a *knowing what* e o *knowing how*.
- **O modo como operacionalizam** as competências. As competências envolvem a interacção diádica doente - família - pessoa significativa e têm como suporte:
 - Conhecimento sobre a situação de saúde / doença e dos recursos mobilizáveis;
 - Reconhecimento da singularidade do cuidado;
 - Fazer-se presente;
 - Ter consciência da situação, enquanto (re)construção da acção de cuidar;
 - Capacidade para sincronizar com o doente - cuidador o feedback do efeito educativo;
 - Desenvolvimento de expressões verbais e não verbais características da comunicação terapêutica e essenciais no processo de cuidar.
- **O saber construído pela experiência**. Este promove a segurança, o espírito crítico e a tomada de decisão, gestos que funcionam como símbolos significantes e que caracterizam o papel profissional onde emergem as *competências clínicas*, resultado de uma “inteligência ao vivo”, de uma capacidade de entrar em relação com, de ouvir, de dizer, de fazer dizer,

originam-se em qualidades humanas, em saber-fazer metodológico, numa ética de cuidar e numa formação teórica que sustenta hipóteses ou intuições interpretativas “*coloca almofadas, coloca os pés sobre almofadas, apresenta rubor ...massaja...aplica...posiciona...valida...está bem assim?*”

Ainda no **processo de cuidar** constatamos a existência de uma simbiose entre o desenvolvimento pessoal (como se pensa e age), humano (como valoriza o outro), contextual (como adequa e adapta) e societal (para o bem comum), ou seja, a existência de uma meta-competência. Esta permite agir em contextos imprevisíveis, incertos e complexos, visando a construção de soluções específicas, contextualizadas e não *standards*, características da complexidade das situações de cuidados.

Com a articulação daquelas dimensões verificaram-se sinergias através de estratégias intra e inter-subjectivas como a reflexão sobre situações-problema, a partilha colectiva entre os actores, o agir no contexto, possibilitando a transformação de conhecimento. Este processo é sustentado por interacções diádicas, pela singularidade de cada pessoa doente - família - pessoa significante na complexidade do acto de cuidar e pelo “agir comunicacional” promotoras de díades desenvolvimentais e de processos proximais que conduzem a aprendizagem experiencial e no colectivo, à aprendizagem organizacional.

Nesta sequência, surge um conjunto de sinais (mensagens e meta-mensagens) que reflecte e transmite as características organizacionais concretas: o grau de autonomia, o tipo de estrutura, o nível de consideração e a articulação entre profissionais bem como um clima interpessoal ou diádico e um clima de grupo promotor da passagem do estado do “eu” para o estado do “nós”.

Ao longo da investigação vivenciamos um processo com intensidade, emoção e até paixão. Apesar de nos posicionarmos com o distanciamento que julgámos necessário, a nossa presença condicionou, algumas vezes, a máxima objectividade na observação. Este facto, porém, tornou-nos elementos mais sensíveis, observadores e activos no processo de cuidar.

Por outro lado, o conjunto de dimensões em presença no contexto de desenvolvimento de competências limitou a capacidade de abarcar a sua totalidade, pela observação.

A nível dos *in puts* dos actores, pelo contexto específico de cuidados, nem sempre foi possível a clarificação de particularidades das interacções. Estas desenvolvem-se em díades com o doente o que nem sempre permitiam o questionamento etnográfico sobre o significado vivido, descontextualizando a questão em momentos posteriores. Esta dimensão intra pessoal de difícil acesso, quer pelo próprio, quer por questões explicitadoras é, muitas vezes, barreira utilizada pelo próprio como protecção pessoal.

Pelas razões referidas anteriormente, a necessidade da centralidade da investigação aos objectivos e a supervisão efectuada no percurso da investigação limitou, num primeiro momento, o nosso espírito curioso. Esta fase, aparentemente limitadora, impulsionou-nos para a compreensão da lógica da complexidade na multiplicidade das *nuances* da tapeçaria em que se enquadra este estudo e enfatizou a necessidade e importância de explicitar, de forma linear, o modelo em análise e as suas determinantes.

Apesar das limitações descritas e de acordo com a opção metodológica, fizemos sobrepor no modelo de Bronfenbrenner uma tríade de interações que identificámos como dimensões em análise num processo dinâmico e interactivo, nomeadamente os actores, o contexto e os saberes. Assim, no decurso da investigação, os resultados foram evoluindo na lógica da complexidade, sendo possível explicitar aqueles considerando a estrutura da proposta metodológica pré-definida (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**).

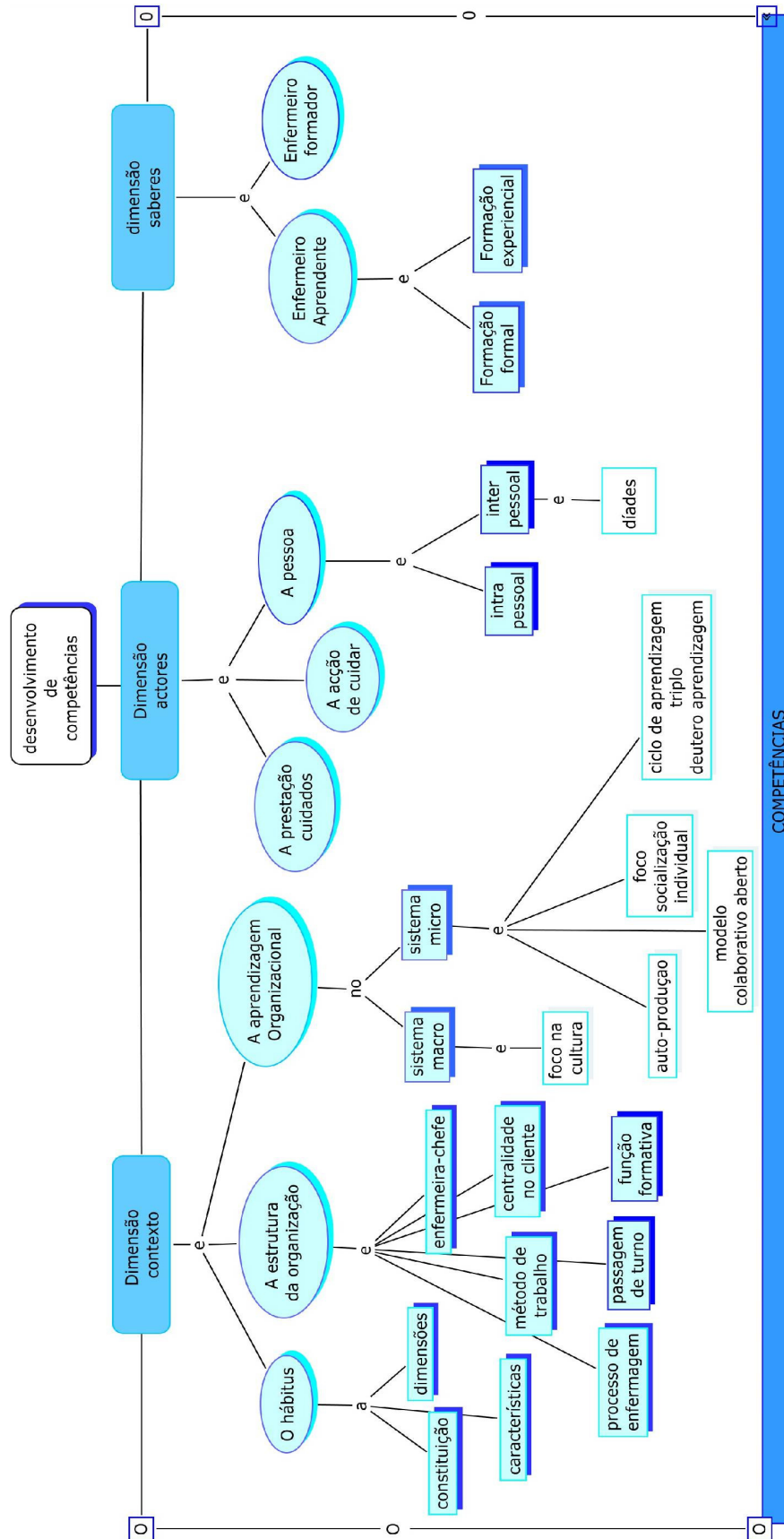


Diagrama 24 - Eixo do desenvolvimento de competências dos enfermeiros

Contexto

O contexto, serviço de medicina hospitalar do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), unidade de Torres Novas, constitui o microsistema onde ocorrem diferentes e múltiplas interações que influenciam directamente o enfermeiro e promovem o seu desenvolvimento. Este verifica-se nas transições ecológicas, resultado da interacção entre os sistemas meso, exo e macro. No sistema micro, verifica-se:

A - O *habitus*, enquanto forma de pensamento e acção colectiva, ultrapassa a subjectividade individual.

*O **habitus** é caracterizado* como uma comunidade de significados partilhados que é:

- Característica do serviço (significados partilhados, atribuição de significados, tomada de consciência) e determina o modo como se cuida, traduzindo-se na visibilidade do desempenho profissional.
- Vivência na prática “Novo dia começa... a cena repete-se Nem sempre da mesma maneira. São todos humanos. Mas estão lá. Uns sentem-se cuidados, outros estão a cuidar” (diário de bordo).

O **habitus** é constituído por:

- Um cuidar global que vai além da soma das partes integrando a atenção das particularidades de cada situação, promotor de desenvolvimento de autonomias individuais e da participação dos doentes;
- Um cuidado individualizado e personalizado com resposta adequada e adaptada ou mesmo a criação de novas respostas;
- Uma comunicação interpessoal com significados partilhados, onde os participantes se tornam mutuamente dependentes e as suas actividades mais mutuamente previsíveis, aumentando assim, quer a inter-subjectividade quer a subjectividade genérica;
- Uma postura de responsabilidade e de ética profissional, face a uma prática reflexiva com tomada de consciência, quer em relação à situação particular de cuidados, quer em relação ao sistema meso;
- Um conjunto organizado de conhecimentos e experiência que intuitivamente é mobilizado na espontaneidade, rapidez e no modo de agir na acção.

- Um conjunto de regras, padrões de cuidados, que ajuda a enfrentar uma grande diversidade de situações no quotidiano e que constam de:
 - Interação entre os actores nas diferentes intervenções de cuidados;
 - Sincronia nas acções decorrentes de um planeamento geral do serviço;
 - Sistematização e frequência de actividades / intervenções;
 - Conhecimento tácito colectivo;
 - Explicitação do conhecimento em normas;

O *habitus* integra dimensões no processo de cuidar como:

- “Estar com”- há uma interação, ou seja, um clima interpessoal ou diádico que permite a formação de significados inter-subjectivos, fundamentais ao desenvolvimento de relacionamentos informais com os doentes, no serviço e na organização e que são promotores de inovação.
- Intencionalidade - um processo bidireccional caracterizado por reciprocidade. O enfermeiro mobiliza o conhecimento que tem sobre o doente e o conhecimento prático na acção; age potencializando as suas capacidades e percebe o feedback manifestado no sorriso, no olhar e na comunicação não verbal.
- Conhecimento - os diferentes tipos de conhecimento (ético, pessoal, estético, empírico) e as capacidades: ouvir e compreender o outro, não apenas pela fala, mas por expressões e manifestações corporais.

B – A estrutura da organização dos cuidados está enraizada nos significados partilhados e nas práticas rotineiras de base, sendo estas mediada por um processo de supervisão do modo de cuidar contribuindo para o *habitus* do serviço, ou como refere Lash (2000), para um *bem substantivo*. Os significados e as práticas que incorporam o *bem substantivo* são aprendidas, possibilitando a construção de esquemas de acção que, quando integrados, promovem um agir comum, inconsciente e colectivo. Neste sentido identificámos como determinantes desta estrutura:

A *enfermeira chefe* é um dos elementos que integra o órgão da gestão das unidades de cuidados colaborando na definição ou actualização das normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, avalia as necessidades de cuidados e gere os recursos necessários. Neste contexto a enfermeira chefe:

- Tem uma dinâmica de supervisão e de formação; é um elemento de referência a nível da equipa de saúde e evidencia um conhecimento das políticas da organização.

- Faz a supervisão a partir da noção da totalidade, envolve o conhecimento dos diferentes sistemas, mobiliza a razão e a subjectividade “deve ser posicionada mais vezes de 30 em 30 minutos, faz a drenagem e depois posiciona-se”.
- Mobiliza a transformação do conhecimento explícito em tácito que, partilhado, contribui para a sua integração e assimilação pelo colectivo de trabalho.
- Utiliza as normas como atributos essenciais na orientação do comportamento individual para o tipo de comportamento ditado pelo serviço e a organização. Esta percepção partilhada e duradoura sobre as orientações, “as pessoas estão a aderir e gostam de participar no serviço, sentir que tem algum valor” contribui para a definição do clima interpessoal ou diádico, quando partilhado individualmente ou no clima do grupo.
- Efectiva o papel de supervisor solicitando aos enfermeiros a identificação de uma situação problema, a reflexão sobre o modo como cuidaram e a transposição para situações idênticas.
- Evidencia uma preocupação com a individualização da situação, com a aprendizagem pela experiência centrada na resolução de problemas “daquele” doente, e não do problema em si, ou seja, uma preocupação com um nível mais elevado de desempenho, com os valores que o doente atribui ao ser cuidado e não só com o cuidado em si.
- Promove a tomada de consciência, a reflexão com base na situação vivida, a interiorização da situação, a sua apreensão, assimilação e integração levando à transferência para futuras situações.
- Partilha a responsabilidades da gestão atribuindo ao enfermeiro a *responsabilidade* de uma *área específica* de intervenção e a sua dinamização, como no caso específico das feridas, da infecção hospitalar, estupefacientes, carro de urgência e outros, mobilizando um conhecimento específico, especializado e contextualizado. Neste sentido elaboram as normas específicas do serviço.

O método de trabalho, modo como se organiza a prestação dos cuidados de enfermagem no serviço de medicina, é o método de enfermeiro responsável ou de enfermeiro de referência e promove a gestão de conhecimentos e de recursos mobilizando no enfermeiro a competência de:

- Análise sistémica;
- Atenção individualizada;
- Trabalho em equipa multidisciplinar;
- Mobilização de um saber científico (situação de saúde / doença / comportamento relacionado), um saber estético (modo de entender e comunicar) e um saber ético do cuidar (valores e crenças);

- Relação de segurança; “movimentos suaves, gestos curtos, precisos, promovendo o relaxamento – braços ao longo do corpo, mãos abertas”
- Envolvimento de si e do outro numa interacção mútua de cuidados, onde o comportamento assume sempre o valor de mensagem.

O método de enfermeiro responsável ou de referência, enquanto método de trabalho, desenvolve a consciência profissional - considera o outro como exterior a si, tem consciência de si, da influência do meio e das tarefas a executar. O enfermeiro gere os seus próprios processos de trabalho, integra as díades desenvolvimentais com mobilização, não só de conhecimentos, mas também de estratégias como a reflexão, o questionamento sobre as situações-problema e o trabalho em equipa. Constatámos a autonomia profissional pela concessão de poderes decisórios no trabalho “*temos um maior conhecimento do doente, o que possibilita fazer com que o internamento decorra de forma mais gratificante para o doente*” (entrevista etnográfica).

O processo de enfermagem, sendo um processo sistemático, dinâmico e complexo é suportado por interacções diádicas com diferentes elementos da equipa. A relação com o doente/família, observa-se na prestação de cuidados e tem como objectivo capacitar para o auto cuidado, promover a tomada de consciência e identificar os recursos necessários; a relação com outro técnico da equipa de saúde, integra-se numa dinâmica construtivista, integradora ao longo do tempo e contextualizada ao sistema meso (objectivos do serviço).

A passagem de turno, efectuada pelo método de enfermeiro responsável / enfermeiro de referência, constitui um momento conjunto de reflexão sobre e para a acção, envolve o conhecimento da individualidade do doente, do processo de doença, das necessidades e problemas visando a continuidade dos cuidados. É caracterizada por um processo de análise, reconstrução e reformulação da prática, através do confronto dos problemas do doente partilhados no grupo, visando a tomada de decisão no planeamento e na continuidade de cuidados.

A centralidade no doente/família/ pessoa significativa. A prestação de cuidados é centrada em situações problema com o doente/família, nomeadamente a preparação do regresso a casa, as intercorrências no processo de doença, os recursos pessoais, familiares e sociais. Este facto coloca o profissional perante a mobilização de competências centradas na complexidade, na prática reflexiva, na cooperação e principalmente, num *saber-analisar* que guia observações, interpretações e regulações e promove o equilíbrio entre o dever e o poder, entre as questões éticas e morais.

A preparação do regresso a casa efectuada a partir do momento da entrada no serviço, e em conjunto com a família, evidencia a autonomia profissional do enfermeiro, a preocupação da continuidade dos cuidados e a centralidade da concepção dos cuidados na pessoa doente / família.

No que se refere à preparação do regresso a casa, a referência de enfermagem consta do relato de situações ocorridas durante a hospitalização, orienta para intervenções específicas na continuidade da sua evolução quer para a família, quer para os cuidados prestados na comunidade.

A *função formativa* no serviço é definida, por um lado, através de protocolos de cooperação com escolas superiores de enfermagem e por outro, na educação para a saúde do doente /família pessoa significativa. No primeiro caso, o serviço define o enfermeiro orientador com critérios como: o grau de experiência, competências, motivação e estágio de aprendizagem do estudante e tem um plano de integração dos estudantes e dos enfermeiros. No segundo caso o enfermeiro responsável pelo doente desenvolve estratégias que visam processos proximais e díades molares promotoras do auto cuidado. O exercício desta função promove a mobilização de saberes práticos e processuais mediados por estratégias de supervisão. Estas nem sempre estão presentes no background do enfermeiro.

C – A aprendizagem organizacional, acontece como uma aprendizagem não formal, situada aos espaços de trabalho. Enquanto processo de adaptação a situações problema resultante de adaptações sucessivas do conhecimento alicerçado ao contexto é factor potencializador do processo de desenvolvimento de competências profissionais dos enfermeiros. Ela ocorre:

A nível micro

- O conhecimento produz-se dentro dos limites do próprio serviço - “*auto-produção*” - não descurando a articulação com a envolvente externa e englobando a comunicação das mais variadas formas – registos, informatização de dados e comunicação interpessoal.
- Tem foco na *socialização individual*, pela interacção consciente entre os indivíduos, troca de experiência colectiva viabilizada por meio do consenso e de cognições partilhadas; tem foco em *processo-sistema* com processamento, interpretação e

distribuição de informação pela organização como se verificou com o processo de trabalho sobre a CIPE.

- O sentimento de pertença e de relação existente em muitos dos enfermeiros da equipa “o que fazemos é mesmo muito bom e o que vem nos livros é o que fazemos (...) Temos orgulho de trabalhar aqui”. e “começa-se a pensar com os outros” (entrevista semi-estruturada B) é compatível com a construção de um processo de identificação e de construção de identidades dentro da organização e integra o ciclo colectivo aberto.
- A reflexão sobre os problemas da prática enquadra a aprendizagem, por um lado, no *ciclo de aprendizagem triplo (deutero-learning)*. Nesta o sujeito modifica a sua forma de aprender, com base nas aprendizagens efectuadas, reflectindo sobre os contextos que as proporcionam e perspectivando novas aprendizagens e por outro, no *modelo colaborativo aberto*, enfatizando um trabalho colaborativo ao longo do tempo, com interferência de outros no grupo, com a existência de parcerias e redes de aprendizagem colaborativa, como se observa com a formação de estudantes e as parcerias existentes nomeadamente com o trabalho efectuado com a CIPE/SAPE e os protocolos com as instituições de formação.

A nível macro

- A aprendizagem organizacional tem *foco em cultura*. Tem como objectivo criar um ambiente de aprendizagem entre os indivíduos e a organização; promove a interacção e fortalece a base de conhecimento, ou seja, existe um processo de transferência de conhecimento entre os níveis individual, grupal, organizacional e interorganizacional e o desenvolvimento de competências colectivas. Este facto verifica-se inter serviços dentro do hospital e com outros hospitais do CHMT. A formação promovida pelo departamento de formação tem como foco “as necessidades individuais e projectos de desenvolvimento (...) ou dirigida para aquilo que existe no serviço e desenvolvimento de competências ao nível do seu próprio trabalho” (enfermeira directora).
- A aprendizagem centra-se num processo individual pela reflexão ou troca de experiências e num processo colectivo pelo intercâmbio informal de informação e de ideias entre os colegas. Além da *aquisição* de conhecimentos e da *partilha* existe a *assimilação* do conhecimento e de experiências através da *memória organizacional* “acho que tem a ver com a cultura deste hospital, nós fomos sempre habituados a

pensar, a discutir, a partilhar a prática em conjunto, nomeadamente pela comissão de enfermagem” (enfermeira directora), e com a transferência para novas situações verifica-se a *utilização do conhecimento*. A aprendizagem organizacional com foco na cultura é um factor potencialmente facilitador da aprendizagem profissional.

Em síntese:

A *gestão da complexidade* do processo de cuidar no contexto, promove padrões standardizados de cuidados o que constitui o *habitus* do serviço e de cada profissional, contribuindo para o que normalmente denominamos, de rotinas do serviço, ou seja, a socialização com o cuidar em contexto. “*Estão sincronizadas nos movimentos. Lavam, viram, limpam, hidratam se necessário. De vez em quando “Sr. J. vamos virá-lo..”, e continuam e falam entre si sobre vários assuntos...até mesmo da enfermaria... mas o Sr. J. acaba de ser lavado. A cama é feita e a técnica mantém-se*”(observação mini-volta).

Na gestão deste processo identificam-se determinantes que caracterizam o serviço onde a presença da enfermeira-chefe, através de uma postura de supervisão, promove uma conscientização e envolvimento da equipa de saúde em sistemas cada vez mais complexos, o mesossistema e o macrossistema, defendendo a ideia de auto-eco-organização, característica da complexidade de Morin. Neste processo o conhecimento individual e colectivo são suportados em momentos de partilha com significados, entendendo-se a cultura como um conjunto de condições para que ocorra a aprendizagem (*monitorização*), a existência de interações pessoais com partilha de significados sobre as experiências vividas (*percepções partilhada*) e a aplicação / transformação de “teorias em acção” a situações comuns do serviço.

Actores

Os actores são os intervenientes no processo de cuidar numa interacção dinâmica consigo próprio (intra pessoal) e com os outros (interpessoal) no sistema micro e em articulação com o sistema meso e macro. Estes actores evidenciam uma capacidade de reflexão no processo de cuidar permitindo explicar as competências tácitas na resolução das situações-problema, e a transformação do conhecimento que os leva ao “*estar em situação*” e ao “*agir em contexto*”.

A - A nível da pessoa – *intrapessoal* – capacidade de entrar em diálogo interior e de tomar consciência de si, ou seja de reflectir e identificar os seus próprios sentimentos, o processo de cuidar promove no enfermeiro:

- *Consciência de si* – conhece os parâmetros do comportamento humano de modo a evitar projecções e identificações ou outras transferências.
- *Consciência do outro* – possui todas as informações sobre a pessoa de modo a ajudar a evoluir no seu processo de saúde / doença.
- *Consciência das tarefas a executar* – conhece a missão, a finalidade e os objectivos – sabe o que fazer com a pessoa o que implica: identificar a missão enquanto cuidador, a finalidade da intervenção, os objectivos específicos, definir as estratégias adequadas, avaliar a acção e proceder a ajustes.
- *Consciência do contexto* – identifica os recursos físicos e o tempo necessário e adequado.
- *Domínio de capacidades* promotor, na acção, de competências como - ouvir e compreender o outro, não apenas pela comunicação verbal, mas também por expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação.

A nível da pessoa – interpessoal - O contexto de cuidar é constituído pela existência de interacções diádicas promotoras de desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo do processo de cuidar constatámos:

- Quanto maior o número de interacções existentes no contexto, por um lado, o número de situações complexas e de sistemas em análise, por outro, mais se apela à reflexão, à transformação e ao desenvolvimento da competência ao longo do tempo.
- As díades no geral promovem os modos de reflexão e consequente transformação do conhecimento. Este depende do tipo de interacções verificadas.
- As díades observacionais – enfermeiro - estudante e enfermeiro - doente família promovem a socialização do conhecimento (passagem do conhecimento tácito a tácito);
- As díades de actividade conjunta ou N+2 – enfermeiro - estudante e enfermeiro doente - família, enfermeiro – auxiliar de acção médica e outros técnicos, promovem a internalização do conhecimento (passagem do conhecimento explícito a tácito) e externalização do conhecimento (passagem do conhecimento tácito a explícito).
- A interacção diádica promove um clima interpessoal ou diádico e um clima de grupo com partilha de sentimentos passando do estado do “eu” para o estado do “nós”.
- A enfermeira chefe na relação diádica com outro elemento da equipa posiciona-se como elemento de segunda ordem ”a chefe refere: neste momento e nesta situação há que pensar, o que é prioritário”(entrevista enfermeira-chefe), ou seja, como um perito, com

conhecimentos aprofundados, permitindo lidar com problemas de forma mais eficaz e promovendo processos proximais.

- O processo de cuidar é centrado na interacção e na situação problema de cada doente - família, colocando em oposição e em tensão dialéctica a acção e a reflexão, a experiência concreta e a conceptualização. O saber está enraizado na experiência concreta, passando pela reflexão seguida de uma conceptualização abstracta e verificada na experimentação, ou seja, a um retorno deliberado e activo à experiência. Desta forma, a experiência é formadora e integra-se numa dinâmica circular da aprendizagem experiencial.
- O contexto onde se realizam as experiências, o serviço de medicina, constitui-se um referencial sócio-cultural, ou seja, um espaço de interacção e de transacções consigo mesmo, com os outros e com as coisas, ou com o meio natural. Este espaço promove a construção da experiência centrada:
 - Num processo reflexivo sobre situações da prática clínica;
 - Nas vivências durante a formação formal, nomeadamente na articulação entre a dimensão cognitiva, afectiva e estratégias de aprendizagem, no caso da orientação de estudantes;
 - Na aprendizagem organizacional.
- No processo de aprendizagem experiencial verificado no serviço o enfermeiro mobiliza:
 - A cognição-acção-significados, ou seja, efectua aprendizagem na acção (*Action learning*);
 - Um processo de construção de significados resultante da interacção do indivíduo com o mundo real, num processo dinâmico de uso e reformulação do que sabe – conhecimento, reflecte sobre o estilo de aprendizagem pessoal, sobre métodos e técnicas mais eficazes, sobre as situações de cuidados e experiências passadas;
 - A competência para aprender e resolver problemas;
 - A meta-cognição.

B - A prestação de cuidados – função inerente ao exercício profissional do enfermeiro segundo o método de trabalho – enfermeiro responsável ou de referência, mobiliza no processo de cuidar:

- Comportamentos específicos ou seja, os *outputs* de desempenho que, pela sua constância e regularidade, reflectem as competências.

- Um saber agir, um querer agir e um poder agir (mecanismo pessoal), contextualizados aos objectivos do serviço e da organização - sistema meso e macro (sistema de suporte):
- Habilidades pessoais na interacção entre o conhecimento intra pessoal, o significado construído pelo próprio na relação com o meio e a relação interpessoal.
- Atribuição de significado à acção de cuidar, nos gestos, na proximidade, na interacção e na preocupação em promover o bem-estar do doente/família.
- Condições interiores de aptidões pessoais, com uma orientação do olhar para além da perspectiva particular onde se desenvolve a acção.
- Comportamentos que fazem apelo à adequação de esquemas, tornando-se transferíveis, generalizáveis ou diferenciados, havendo um processo reflexivo que apela à singularidade da situação de cuidar.
- A individualização dos cuidados centrando-se nas necessidades da pessoa.

C – Na acção de cuidar o enfermeiro faz apelo ao que é singular, à individualização da pessoa pela alteração ou aparecimento de um novo foco. O *habitus* integrado em cada enfermeiro permite inovar na singularidade de cada acção, flexibilizar em situações idênticas e em situações novas, efectuar adaptações a novos esquemas, que se estabilizam, enriquecem e diversificam o *habitus*.

Este modo de estar, construído de forma lenta e gradual, através de integração de esquemas e de códigos simbólicos colectivos, constituiu-se como um sistema de referência e de avaliação do real “tudo tem a ver com a exigência do serviço e a forma como estamos organizados” (entrevista etnográfica) e permite comportar-se de uma certa forma numa dada situação.

Em síntese:

O conjunto de interacções no processo de cuidar favorece díades desenvolvimentais que ao longo do tempo (meso e macro tempo) se constituem em processos proximais e díades molares resultado de um clima promotor de aprendizagem experiencial e organizacional. Este processo tem na base a construção da experiência promovendo a tomada de decisão, a mudança e a autonomia profissional. Constata-se a existência de um objectivo percebido “centralidade no doente /família e continuidade de cuidados” e a consciência da perspectiva temporal da sua execução. Estas dimensões (interacções, experiência, objectivo percebido e temporalidade) caracterizam a actividade molar “performance/competência” do enfermeiro na prestação de cuidados.

Saberes

Os saberes decorrem do conhecimento na acção e resultam de uma integração subjectiva e dinâmica da experiência. Aqueles expressam, no contexto da prestação de cuidados, a integração de esquemas, a transformação de conhecimentos e um agir contextualizado, expressão de competência profissional.

A – Enfermeiro Aprendente – a pessoa, enquanto ser que aprende, abre-se ao conhecimento integrando novas formas de interpretar a experiência. Esta é enriquecida por conhecimentos ao longo da vida que envolvem a formação formal, informal e não formal.

A formação formal é um processo prévio e intrínseco aos saberes profissionais, onde cada sujeito foi e é actor em momentos específicos de formação. Estes momentos têm repercussões no desempenho profissional e nestas situações:

- As vivências, nomeadamente na articulação entre a dimensão cognitiva, afectiva e a mobilização de estratégias de aprendizagem, promovem a socialização ao cuidar e ao contexto profissional;
- A aprendizagem significativa, resultado de experiência vivida, reflectida e partilhada “*A partir daí comecei a interessar-me cada vez mais* (entrevista semi-estruturada B), desenvolve um processo de significados individuais e partilhados na equipa,
- A mobilização de estratégias, centradas na experiência e na reflexão durante os processos de formação formal, permitiu promover a reflexão da análise da experiência; sair de si próprio e ir ao encontro do outro e falar do que aprendeu (tomada de consciência) “*eu acho que me envolvo mais (...) colocar-se no lugar do outro*”; pensar o sentido das coisas “*a maneira de ver as coisas no dia a dia é diferente*” (entrevista semi-estruturada M) (factores pessoais) e contextualizar a situação (factores de suporte);
- Os elementos singulares, em cada experiência vivida na acção de cuidar, são constituídos por componentes do mundo social e por um "sistema de assimilação" e de integração de conhecimentos.

A formação experiencial, processo de aprendizagem resultado de experiências, reflexão e tomada de consciência sobre a intervenção contextualizada à singularidade de cada pessoa/família na acção de cuidar resulta de:

- Construção da experiência nas situações do cuidar através dos contributos conceptuais (conhecimentos sobre o cuidar) e dos contributos didácticos (modelagem da prática, do feedback e do treino (*coaching*)).
- Actividade molar, ou seja, situações decorrentes da prestação de cuidar ou da formação formal onde ocorre a díade desenvolvimental. Estas situações produzem afectos, inscreve marcas e deixa vestígios e efeitos “*tenho construído isto ao longo da vida profissional com base na escola, isso tenho muito presente*”. “*A equipa que nos acompanhou tem grande peso na maneira como sou como enfermeira*” (entrevista semi-estruturada B).
- Processo de *reflexão sobre e para a acção* promotor da tomada de decisão na continuidade de cuidados. Este processo é determinado por:
 - Um campo da prática evidenciado por um *habitus* de cuidar;
 - Gestão de cuidados com base no método de enfermeiro responsável;
 - Conhecimento da visão, missão e objectivos da organização;
 - Resposta aos objectivos do serviço;
 - Centralidade no doente/família visando a continuidade de cuidados;
 - O processo de análise das situações de cuidados com mobilização de reflexão, elaboração e execução do plano de acção individual do doente/ família.
 - Construção do saber a partir de reflexão desenvolvida pelo processo supervisoivo “*nós enquanto equipa, acho que não temos aquela capacidade em querer por que achamos que é normal, ela (enfermeira-chefe) como está de fora vê as coisas com outra perspectiva* (entrevista etnográfica).

B – Enfermeiro formador enquanto agente promotor de aprendizagens:

- Insere-se numa rede de comunicações e de relações, na interacção social influenciada pelo meio – organização, pelos objectivos – resultados esperados e pelas diferentes díades de actividades;
- Confronta-se com o outro, os seus conhecimentos, valores, e atitudes;
- Constitui-se, enquanto processo de cooperação, activo e dinâmico;
- Mobiliza conhecimentos, habilidades, estratégias e competências cognitivas e emocionais visando o auto-conceito, a auto-aprendizagem, o desenvolvimento de transições ecológicas ou o auto cuidado da pessoa/família;

- Mobiliza o *habitus* enquanto conjunto de esquemas e padrões disponíveis num determinado momento. Estes são transponíveis, generalizáveis ou diferenciáveis de uma situação para outra.

Em síntese

A construção dos saberes objectivados no agir em contexto de cuidados resulta da passagem do saber vivido a uma experiência com significado. Estas situações requerem reflexão individual e adequação ao modo de cuidar, promovendo a pessoalidade, a individualização e a contextualização do sujeito alvo dos cuidados.

Os saberes são resultado de conhecimentos adquiridos em momentos formais, não formais e informais adquiridos ao longo da experiência de vida e em contexto de trabalho. O modo como são objectivados durante o processo de formação ao longo da vida integra, em síntese, os quatro pilares do conhecimento definidos por Jacques Delors. O *aprender a conhecer*, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; o *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente; o *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas e o *aprender a ser*, via essencial que integra as três precedentes.

Síntese final:

O processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Diagrama 25) em contexto de trabalho, especificamente no serviço de medicina hospitalar, centra-se na articulação de três dimensões: os actores, o contexto e os saberes. Estes articulam-se num processo dinâmico, interactivo e sistémico com os diferentes sistemas – micro, meso, exo e macro.

As interacções diádicas verificadas com a pessoa doente – família são centrais neste processo, suportadas por um *habitus* caracterizado por significados partilhados e uma organização estruturada. Nesta ressaltam, no sistema micro, a centralidade no doente – família, um processo de supervisão e os objectivos definidos; no sistema meso, as normas e procedimentos, o método de trabalho e a definição da prática clínica e no sistema macro as orientações de saúde, a missão, os valores e metas da instituição. Os actores envolvem-se em sistemas cada vez mais complexos efectuando uma auto-eco-organização através de esquemas integrados de acção promotores de um agir com competência no contexto de cuidar.

Este processo resulta de um conjunto integrado de experiências construído pela mobilização de estratégias como o questionamento da acção, a reflexão, a centralidade em situações-problema e o trabalho em equipa. A dinâmica desenvolve a aprendizagem experiencial e organizacional, característica de uma organização aprendente. A forma de estar e de agir em contexto, fazendo

relações e interagindo em complementaridade, nega a determinação linear, promove a criação de novos sistemas, a transformação do conhecimento (socialização, internalização, externalização e combinação) em processos circulares, onde os efeitos retroagem sobre as causas desencadeantes, originando os saberes profissionais.

Desta forma, o desenvolvimento de competências tem os seus eixos nas dimensões já definidas, na interacção, desenvolvimento e envolvimento do enfermeiro em sistemas cada vez mais complexos, no modo como efectua a aprendizagem experiencial e organizacional e a transformação do conhecimento. Estes eixos suportados pelas características inerentes a cada dimensão não são só por si determinantes, fazendo depender de si (pessoa) por características individuais de personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade e pessoalidade o modo como efectua o seu desempenho profissional.

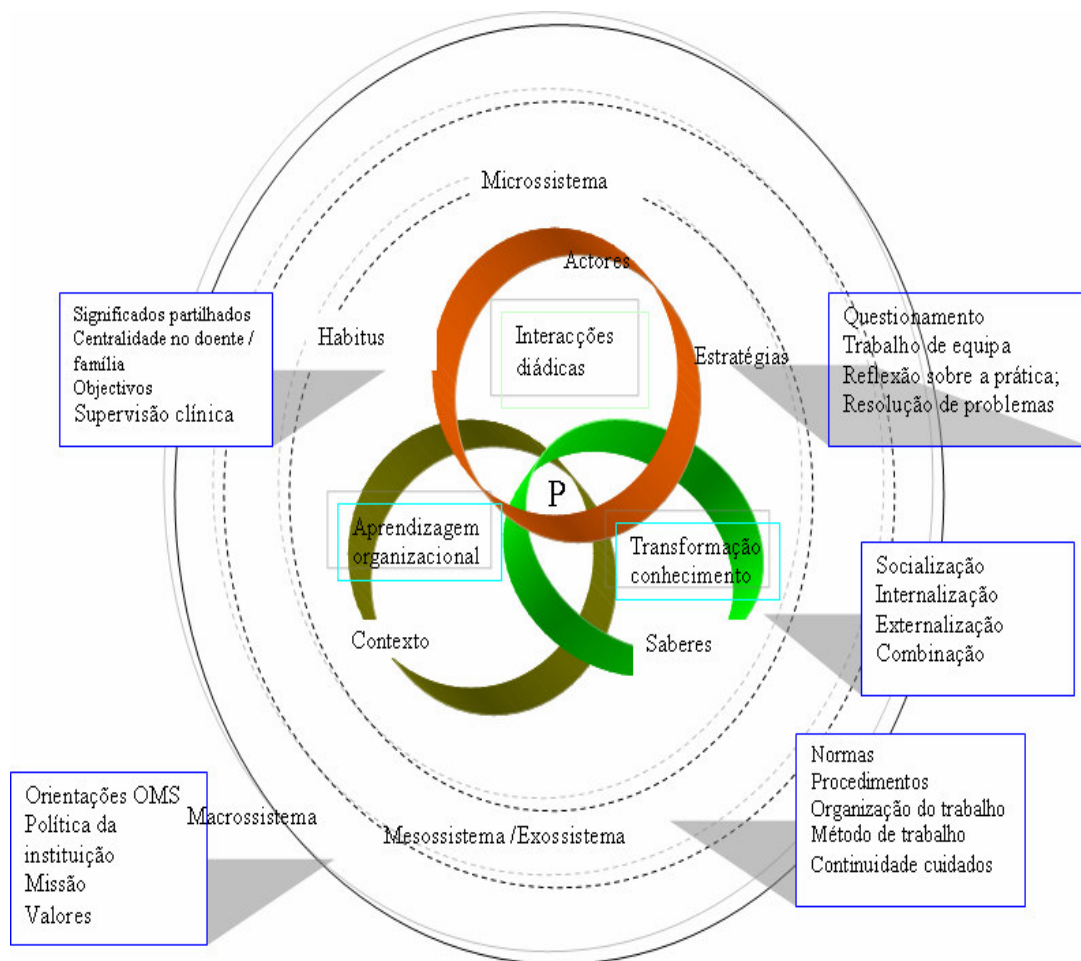


Diagrama 25 - Eixos determinantes do desenvolvimento de competência

Cabe, assim, a uma responsabilidade partilhada entre o profissional enfermeiro e as condições / organização do contexto a construção e o desenvolvimento de competências profissionais.

Como refere Edgar Morin, tudo depende de nós, dependendo de cada um a escolha de ficarmos à margem da correnteza ou mergulhar nela, ou seja, “*tem a ver com a personalidade de cada pessoa (...) que também influencia muito*”; “*É preciso ver se estamos todos para o mesmo, o que às vezes não acontece*”; “*mas cada um tem o seu lugar*”, “*na equipa de saúde tentamos colaborar uns com os outros de forma a restabelecer o equilíbrio do doente/família (...) mas, de uma forma geral, conseguimos entrar em consenso em prol do bem-estar do doente-família*” (entrevista semi-estruturada E)

Implicações da investigação

Os resultados do processo investigativo desafiam-nos a reflectir sobre as implicações para a Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, para a prática e para a formação em enfermagem.

Implicações para a disciplina

O saber em Enfermagem é o resultado de uma transposição dos conhecimentos para a acção, que se originam em interacções cada vez mais complexas. Os enfermeiros, contribuem para a construção dos saberes disciplinares na medida em que, centrados na experiência da prática, reflectem, aplicam, adaptam e transformam e constroem o conhecimento. Este processo possibilita a integração de esquemas de acção, a aprendizagem experiencial vivenciada ao longo da vida e a aprendizagem organizacional no colectivo de trabalho.

O desenvolvimento da disciplina de Enfermagem necessita de enfermeiros *cognitivos* capazes de reflectir, valorizando a aquisição do conhecimento, por aquela via, encontrando um justo equilíbrio entre o individual, o colectivo e a disciplina.

Implicações para a prática

Durante a investigação o modo de observar o contexto da prática dos cuidados e o desempenho dos enfermeiros foi potencializador de um olhar mais atento sobre o cuidar de quem cuida numa equipa transdisciplinar em situações de dor e sofrimento e de impotência familiar, muitas vezes conflituante com o próprio enfermeiro. Desta forma apela-se ao desenvolvimento de um *processo de comunicação*, centrado em situações do quotidiano, onde a interacção social promove as “*comunidades de prática*”, que têm certas convicções e definem comportamentos a serem

adquiridos. O local de trabalho aprende como um processo que acontece por “*teias de participação*”. Os diferentes elementos são o contributo ao desenvolvimento de competências, com mudança na estrutura e no significado das práticas do trabalho. Neste sentido, a apropriação do saber em acções no trabalho (saber agir), onde o conhecimento é construído e, ao mesmo tempo incorporado às atitudes, manifesta-se por meio de acções e práticas no trabalho, na equipa de saúde no seu todo e não por grupos de profissionais.

Por outro lado, os resultados da investigação contribuíram para a clarificação dos contextos da prática enquanto eixo potencializador do desenvolvimento profissional.

As dimensões encontradas, podendo ser transversais a outras profissões, representam, na especificidade deste estudo, um contributo imprescindível para definir critérios para os aspectos constituintes da certificação do contexto da prática.

Implicações para formação

A orientação de estudantes é um dos eixos do desenvolvimento de competências. No entanto, é ainda limitativo o saber sobre o modo como efectuar a orientação dos mesmos ao longo dos ensinoss clínicos. Este facto parece-nos demasiado clarificador no âmbito da formação dos cooperantes pelo que se compreende a necessidade de uma maior aproximação entre as instituições formativas e aqueles na discussão e assumpção das estratégias a mobilizar no modelo de orientação de estudantes.

Este deverá ser cuidadosamente estudado, estruturado e contextualizado ao estágio de desenvolvimento dos estudantes e ao conjunto dos profissionais envolvidos no processo.

Por outro lado, sendo o contexto um elemento potencializador deste processo necessita de enfermeiros com competências de supervisão clínica para acompanhar outros enfermeiros e estudantes.

A cultura da instituição enquanto factor potencializador do desenvolvimento de competências constitui um desafio para as organizações qualificantes e para a gestão por competências. Neste particular realçamos o papel supervisivo desempenhado por elementos responsáveis pelo serviço.

Implicações para a investigação

As inferências suscitadas pela análise dos dados constituíram, na nossa perspectiva, um contributo pertinente para o desenvolvimento do conhecimento no âmbito do desenvolvimento de competências.

Como é observável em todos os processos de análise científica, também esta investigação enfrentou obstáculos e desafios ao longo do percurso, suscitando a necessidade de outros intervenientes com contributos para a análise dos dados, bem como novos desafios relacionados, quer com a multiprofissionalidade e a visão ecológica da intervenção do cuidar, quer com o papel educativo / formativo das lideranças no contexto das equipas de saúde, quer com a influência da cultura organizacional no desempenho profissional.

É nossa convicção que as conclusões desta investigação traduzem a multidimensionalidade e a complexidade do conjunto das competências no desempenho profissional do enfermeiro, de forma particular, no contexto hospitalar.

Esperamos, desta forma, ter assumido um papel de clarificação social realçando, não só, a dimensão profissional no impacto do profissional competente na intervenção do enfermeiro no cuidar, como na dimensão individual e pessoal (*in puts*), enquanto factor no processo de desenvolvimento de competências.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W.C. (1997). Dinâmica de formativa dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar: In: Canário, R. *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Abbott, A. (1998). *The system of professions. Na essay on the division of expert labour*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas Locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Abreu, W. C. (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde. *Sinais Vitais. Cadernos Sinais Vitais1*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (Org.). (1996). *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão I., Sá-Chaves I. (2000). Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica. In: Sá-Chaves, I. *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Alarcão, I. (Org.). (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2004). Doutoramento de base Curricular em Didáctica. Universidade de Aveiro, UTIS. *Rede da Saúde*, Disciplina de Metodologias de Investigação em Educação, Junho.
- Alexandre-Bailly F., Bourgeois, D.; Gruère, Jean-Pierre; Raulet-Croset, N.; Roland-Levy, C.(2003). *Comportements humains & management*. France: Pearson Education France.
- Alfaro, R. (1988). *Aplicacion del processo de enfermeria*. Barcelona: Ed. Doyma.
- Alheit; P.; Dausien B. (2006). Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. *Educação e Pesquisa*, 32 no.1 Jan./Apr. São Paulo: Scielo.
- Allessandrini, C. D. (2002). O Desenvolvimento de Competências e a Participação Pessoal na Construção de um Novo Modelo Educacional: In: Perrenoud, P.; Thurler, M. G.; Macedo, L.; Machado, N.; Allessandrini, C. D., *As competências para ensinar no século XXI. A formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed.

- Altet, M. (2000). *Análise das Práticas dos professores e das Situações pedagógicas*. Porto: Porto Editora.
- Ambrósio, M. T. (2004). *Contributo para a construção de uma Política Finalizada de Aprendizagem ao Longo da Vida em Portugal. - As Bases da Educação*. (Actas de um seminário realizado em 16- 30 de Outubro de 2003). Lisboa: Conselho Nacional da Educação, Ministério da Educação. CNE.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Amiguinho, A.; Valente, A.; Correia, H.; Mandeiro, M.J. (1997). Formar-se no projecto e pelo projecto. In: Canário, Rui (org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Antonello, C. S. (2005). A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Antonello, C. S. (2006). Aprendizagem na acção revisitada e sua relação com a noção de competência. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12, nº2, 199-220.
- Araújo, C. A. Á. (2003). A Ciência da Informação como Ciência Social. Ministério da Ciência e Tecnologia, IBICT, *Ciência da Informação*, 32, nº3 Brasil.
- Argyle, M. (1981). *Social skills and health*. London: Methuen
- Argyris, C. (1991). Teaching Smart People How to Learn. *Harvard Business Review*: May-June.
- Argyris C. & Schon, D. (1996). *Organizational learning II. Theory methods et practice reading*, MA: Addison-Wesley.
- Argyris, C., Schon, C. (1978). *Organizational Learning: a theory of action perspective*. Addison-Wesley Publishing. Massachussets: Reading,
- Ascenso, J. (2006). Competências emocionais: In: Ceitil, M. (org.) *Gestão e desenvolvimento de competências*, Lisboa: Sílabo.
- Ashworth, Pd; Gerrish, K; Mcmanus, M. (2001). Whither nursing? Discourses underlying the attribution of master`s level performance in nursing. *Journal of advanced Nursing*, Jun; 34(5): p.621-628.
- Aubrey, B.; Tilliette, B. (s.d) *Saber-fazer saber. A aprendizagem da acção na empresa*. Lisboa: Piaget.
- Bachelard G. (1996). *A formação do espírito científico, contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Bagnato, M. H. S. (s.d) *Competências na educação em enfermagem: elementos para discussão*. Faculdade de

Educação da UNICAMP. Campinas, sd.

- Barata, M. (2004). As Ciências da complexidade, sinal ou motor da vontade de unificação cultural. Sá-Chaves. Disciplina Cultura Conhecimento e Identidade. Ciclo de conferências “*Espelhamento, Interrogação e Metamorfose*”. Doutoramento em Didáctica com base curricular. Universidade de Aveiro. 10 de Dezembro.
- Barbier, J. M. (1991). Tendances d'évolution de la formation des adultes, notes introductives. *Revue française de pédagogie*, 97, 75-108.
- Bardin (1997). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, P. P. (2004). O Mixed Bang das reformas do sector da saúde pós 2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, UNL, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, nº temático, p.4.
- Barrow, J. W.(1993). Does total quality management equal organizational learning? *Quality Progress*, p:39-43.
- Basto, M.; Portilheiro, C. (2003). Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Revista de Investigação em Enfermagem* (2003), nº7 – Fevereiro, 42-51.
- Beaudichon, J. (2001). *A comunicação. Processos, formas e aplicações*. Porto: Porto Editora.
- Beck; U.(2000). A reinvenção da política. Rumo a uma teoria da reinvenção reflexiva. In: Beck; U.; Giddens, A.; Lash, S. *Modernização reflexiva. Política, Tradição e estética na ordem social moderna*. Oeiras: Celta Editora.
- Beck; U.; Giddens, A.; Lash, S. (2000). *Modernização reflexiva. Política, Tradição e estética na ordem social moderna*. Oeiras: Celta Editora.
- Becker, G. V.; Lacombe, B. M. B. (2005). “Gestão, inovação e competências: conciliando ideias no estudo dos empreendedores de incubadora de base tecnológica”. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, Patrícia (1982) – From Novice to Expert. *American Journal of Nursing* (82, IV). Tradução Silva, A.M. - *Processos e Percursos de Formação*.
- Benson, J. (1973). The analysis of bureaucratic-professional conflict: Functional versus dialectical approaches. *The Sociological quarterly*, (14), 378-379.
- Bilhim, J. A. F. (2005). *Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas*, 4ªed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

- Bireaud, A. (1995). *Os métodos pedagógicos no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.
- Bitencourt, C. (2005). A gestão de competências como alternativa de formação e desenvolvimento nas organizações: uma reflexão crítica baseada na percepção de um grupo de gestores. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- Boff, L. H.; Abel, M. (2005). Autodesenvolvimento de competências: o caso do trabalhador de conhecimento como especialista. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora
- Bolivar, A. (1997). A Escola como organização que aprende. In: Canário, R. (Org), *Formação e situações de trabalho*. Porto, Porto Editora.
- Bondia, L. J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de educação*. Jan/Fev/Mar/Abr, (19), 20-28. Brasil:
- Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S. (2000). *Modernização reflexiva. Política, Tradição e Estética no mundo Moderno*. Oeiras: Celta.
- Bournard, P (1999). *O lugar da etnografia nas epistemologias construtivistas*, 1, nº2 – Nov. <http://www2uel.br/ccb/psicologia/revista/textoin22.htm> em 18-03-2006
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (1998). The Ecology of developmental Process. In: W. Damon & R.M. Lerner. (Eds), *Handbook of Child Psychology, 1, Theoretical Models of Human Development*, pp. 993-1028. New York: Wiley
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.
- Burnard (1997). *Learning human skills. Na experiential and reflective guide for nurses*. 3ª ed. Butterworth Heinemann.

- Cachapuz, A. F. (2004). Os saberes Básicos na Sociedade do Conhecimento: CNE. *Saberes Básicos de todos os cidadãos no sec. XXI*. Portugal: Ministério da Educação.
- Campo, C. (2006). Liderança Para a Mudança. *Ordem Enfermeiros*, 13 Novembro.
- Campos, C. (2007) *Intervenção do Ministro da Saúde nas comemorações do Dia Mundial da Saúde promovidas pelas ordens Profissionais*.
- [Http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos)
- Canário, R. (1994). O professor e a produção de inovações. *Colóquio educação e sociedade*, 4, 97-121.
- Canário, R. (1997). “Formação e mudança no campo da saúde”. In: Canário, R. (Org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2000) *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa
- Canduro, F. F. (2005). “Competências organizacionais e gerenciais associadas à gestão de empresas de produção artística e cultural: um estudo exploratório”. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Caraga, J. (2005). Compreender as paixões, amar as razões. Sá-Chaves. Disciplina, Cultura Conhecimento e Identidade. Ciclo de conferências “*Espelhamento, Interrogação e Metamorfose*”. Doutoramento em Didáctica com base curricular, Universidade de Aveiro, 11 de Março.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares* (3ª ed.) Porto: Edições Afrontamento.
- Cardoso, L. (2000). Aprendizagem organizacional. *Psychologica*, 23, 95-117: Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Carpenito, L. J. (1990). *Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. In: Nicole, Lesley H. *Perspectives on nursing Theory*, 3ªed., Philadelphia: Lippincott.
- Carvalho, T. (2006). *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento.
- Castledine; Llandaff, B. M. (1988). *A prática da Enfermagem: O processo de Enfermagem*, Lisboa.
- Ceitol, M. (2004). *Sociedade Gestão e Competências. Novas dinâmicas para o sucesso das pessoas e das*

organizações. Lisboa: Sílabo.

Ceítal, Mário (org.). (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.

Chalmes, H. (1990). Nursing models: enhancing or inhibiting practice. *Nursing Standar*, 5, nº11 .Dec.: 34-40.

CHMT. Centro Hospitalar Médio Tejo (2003). *Regulamento interno*. 2003-03-07.

CHMT. Centro Hospitalar Médio Tejo (2004). *Manual da Qualidade*, cap. 6 Gestão de recursos. 13-10-2004.

CHMT. Centro Hospitalar Médio Tejo (2005). *Plano de Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente*, 15.04.05.

CHMT. Centro Hospitalar Médio Tejo (2005^a). *Manual de acolhimento de novos enfermeiros*. 19.05.05 (MN.GRH.002.00).

CHMT. Centro Hospitalar Médio Tejo (2007).

Charlier, E. (2001). “Formar professores profissionais para uma formação contínua articulada à prática”. In: Paquay, L.; Perrenoud, P.; Altet, M.; Charlier, E. *Formando professores profissionais. Quais as estratégias? Quais as competências?* Poro Alegre: Artmed.

CNE (2004). *Saberes Básicos de todos os cidadãos no sec. XXI*, Lisboa, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação.

Clarke, J.; Newman, J. (1997). *The managerial State. Power, politics and ideology in the remaking of social welfare*. London: Sage

Collière, Marie-Françoise (1984). *Promouvoir la vie*. Montreal: Boréal.

Collière, Marie-Françoise.(2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*, 2ª edição, Loures: Lusociência.

Comissão Das Comunidades Europeias (2002). *Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*, Bruxelas, 07.03.2002. Com (2002) 119 final. 2002/0061 (COD).

Comissão Das Comunidades Europeias, *Comunicação Da Comissão* (2003). *O papel das universidades na Europa do conhecimento*. Bruxelas, 05.02.2003. Com (2002) 58 final.

Comissão Europeia (1995). *Livro Branco sobre a Educação e a Formação – Ensinar e Aprender; Rumo à Sociedade Cognitiva*. Bruxelas: Comunicação da Comissão.

Comissão Europeia (1997). VII CCFI (Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de

- enfermagem). *Relatório e recomendações sobre a formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia*. Bruxelas.
- Comissão Europeia (2001). *Tornar o espaço europeu de aprendizagem ao longo da vida uma realidade*. Bruxelas: Comunicação da Comissão.
- Comissão Europeia. Direcção geral XV, Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem. *Relatório e Recomendação sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na União Europeia*. Bruxelas, COMEUR, 24 de Junho de 1998.
- Commission Of The European Communities (2000). *A memorandum on lifelong learning*. Lisbon.
- Correia, J. A. (1997). "Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação". In: Canário, R. (Org), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Costa, M. A. (1994). *Formação e práticas dos enfermeiros para o atendimento a pessoas idosas. Estudo exploratório realizado em instituições que cuidam de pessoas idosas*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado).
- Costa, M. A.(1998). *Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- Costa, M. A. (2001). *Cuidar Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Costa, M. A. (2002). *Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educação.
- Costa (s.d). *Reflectindo....* Lisboa.
- Costa, N. (2004). A investigação educacional e o seu impacte nas práticas educativas: o caso da Didáctica das Ciências. Sá-Chaves. Disciplina Cultura Conhecimento e Identidade. Ciclo de conferências "*Espelhamento, Interrogação e Metamorfose*". Doutoramento em Didáctica com base curricular. Universidade de Aveiro. 26 de Nov.
- Coulon, A. (1995). *Etnometodologia, Petropoilis*: Vozes.
- Craig, J. V., Smith, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência*. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Cresson, E. (1996). Para uma política de educação e de formação ao longo da vida. *Revista Europeia, Formação Profissional*, nº8 / 9, 1996, 1-4.
- Custódio, P. (2006). "A gestão de competências e a gestão do conhecimento". In Ceitil, Mário (org.). *Gestão e desenvolvimento de competências*, Lisboa: Edições Sílabo.:
- Damásio, A. R. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*, 8ª ed. Mem

Martins, Europa América.

Davies, C. (1983). *Competence versus Care?* Gender and caring work revisited. *Acta Sociológica*, 38, 17-31.

Day, C. (2001). *Desenvolvimento profissional de professores. Os desafios da aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Delamare le Deist & winternton (2005)

Deluiz, N. (2005). *O modelo das Competências Profissionais no Mundo do trabalho e na Educação: implicações para o Currículo*. <http://www.senac.br/informativo>, 28.04.05.

Desahaies, B. (1992). *Metodologia da investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Piaget.

Dewey, J. (1989). *Còmo Pensamos*. Barcelona: Paidós.

Dias, M.F.P. Batista (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

Dodgson, M. (1993). Organizational learning: a review of some literatures. *Organization Studies*, 14, n.3, 375-94.

Doenges, M.E.; Moorhouse, M., F. (1992). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Dubar, C. (1997). *A Socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*, (org.). Porto: Porto Editora.

Dubar, C. (1997a). Formação, trabalho e identidades profissionais. In: Canário, R., *Formação e situações de trabalho*, (Org.). Porto: Porto Editora.

Dubar, C. (2000). *La socialisation*. Paris: Armand Colin.

Edwards, S. (1999). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29, (3), 563-569.

Enriotti, S. (1991). “Du vécu à la formation experientielle”, in *La Formation Experientielle des Adultes*”. *La Documentation Française*, Paris.

Erickson, F. (1986). “Qualitative methods in research on teaching”. In: Wittrock, M.C. (Ed.) *Handbook of Reserach on Teaching*. New York: Macmillan.

Escola Superior de Enfermagem de Santarém (1999). *Plano de Estudos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem*. Santarém. Santarém.

- Esparteiro, M. J. (2003). *O valor formativo do portfolio como instrumento de avaliação da prática reflexiva*. (Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Teoria e Desenvolvimento Curricular). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Educação.
- Èspiney, L. d` (1997). Formação inicial / formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: Canário, R. (Org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Èspiney, L. d`; Paiva, Abel; Natividade, M. Céu, (2005). Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional – grupos por área do Conhecimento. *Enfermagem em Foco*, ano XIV, Abri / Junho, nº59.
- Evans, J., Lindsay, W. (1999). *The management and control of quality*. 4th ed. St. paul, MN: West Publishing Company.
- Exworthy M.; Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration. In Exworthy, M.; Halford, S. *Professionals and the new managerialism in the public sector* pp.1-17. Philadelphia: Open University Press.
- Faingold, N. (2001). “De estagiário a especialista: Construir as competências profissionais”. In: Perrenould, P., Paquay, L. e Altet, É. C. *Formando Professores Profissionais: Quais estratégias? Quais competências*. Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Camarate: Lusociência.
- Filho, A. A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, 8, n15, Mar/Ago.375-380.
- Finura, P. (2006). Gestão das competências interculturais no quadro da GRH e da globalização. In: Ceitil, M. (Org.) – *Gestão e Desenvolvimento de competências*, Lisboa: Sílabo.
- Fiol, C.M. Managing (1991). Culture as a Competitive Resource: an identity-based view of sustainable competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1): 191-211.
- Fiol, C. & Lyles, M. (1985). Organizational Learning. *Academy of Management Review*, 10(4), 803-813.
- Flanagan, J.; Baldwin, S.; Clarke, D., (2000). Work-Based Learning as a means of developing and assessing nursing competence. *Journal of Clinical Nursing*; 9, 360-368.
- Flavell, John H. (1992). *A Psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget*. 4^a ed., S. Paulo: Pioneira.
- Fleury A; Fleury, M. T. (2001). *Estratégias empresariais e formação de competências*. Rio de Janeiro: Atlas.

- Flick, U. (2005). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Flück, C. (2001). *Compétences et performances: une alliance réussie. Vision, démarches et outils*. Lausanne: Demos.
- Fortin (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freidson, E. (1971). *The professions and their prospects*. London: Sage.
- Freidson (1994). *Professions reborn*. Cambridge: Polity Press.
- Friedberg, E. (1993). *O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gândara, M. (2004). Valores universais da prática da Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, nº 15, Lisboa: OE, 24-25.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: the theory of multiple intelligence*. Nova Iorque: basic Books.
- Garvin, A. (1993). Aprender a aprender. *HSM Management*, São Paulo, 58-64, jul/ago.
- Gauthier, B. (org.). (2003). *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados*. Lisboa: Lusociência.
- Gil A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Giordan, A. (1996). Yers un champ de concepts infirmiers: méthodes d'approche et premiers éléments. *Recherche en soins infirmiers*, nº 47, Decembre, 6-18.
- Glasser, B. G.; Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitatives Research*. Aldine Pub.
- Goetz, J. P.; Le Compte, M. D. (1984). *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. Florida: Academic Press.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D.; Boyatzis, R. E. & Mckee, (2002). *O poder da inteligência emocional – a experiência de liderar com sensibilidade e eficácia*. Rio de Janeiro: editora Campus.
- Gonçalves, I., Serrano, T. (2005). Desenvolvimento de competências na formação de enfermeiros. In: Sá-Chaves, I. (Org). *Os “portfolios” também trazem dentro gente. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos*. Porto: Porto Editora, 173-19.
- Grau, C. (1996). *Pour aider à mieux vivre. Les outils de la PNL, au service de la relation d'aide*. Suisse,

Editions Jouvence.

Guedes, F. C. (1999). *Economia e Complexidade*. Coimbra: Livraria Almedina.

Guimarães, P. (2000). Aprender no Local de Trabalho: Um outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem. Actas do IV Congresso Português de Sociologia, *Associação Portuguesa de Sociologia*. Minho: Universidade do Minho, Junho.

Guittet, A. (1994). *Développer les compétences. Par une ingénierie de la formation*. Paris, ESF.

Halfor, S.; Savage, M.; Witz, A. (1997). *Gender, careers and organisations*. London. MacMillan.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, Walter (2005). *Qualidade Em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Hirota, H.; Lantelme, E.; M.; V. *Desenvolvimento de competências com aprendizagem na acção: introdução de inovações gerenciais na construção civil*. In: <http://col.tagus.ist.utl.pt/tabid/83/DMXModule/383/Default.aspx?EntryId=540>

Huber, G. (1991). Organizational Learning: The contributing Processes and the literatures. *Organization Science*, 2, 88-115.

Hughes, E.(1981). *Men and their work*. 2ª ed. Connecticut: Greenwood Press, Publishers.

Miles, M. B.; Huberman, A. M. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelas: De boeck-Wesmael.

Miles, M. B.; Huberman, M. (2002). *The qualitative researcher`s companion*. New Delphi: Sage Publications.

Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, (22), 226-234.

Johnson, T. (1972). *Professions and power*. Londres: Macmillan.

Jordelina L.M; Wykrota; Borges, O. (s.d) Aspectos emocionais de condutas de professores no ensino de física. *IX encontro nacional de pesquisa no ensino da física. Brasil*.

Josso, Marie-Christine (1991). L'Expérience formatrice: un concept en construction. La *Formation Expérientielle des Adultes*. Paris: La Documentation Francaise.

Josso, Marie-Christine (2002). *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa: Educa.

- Kérouac, S. et al (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval. Edition. Études vivantes.
- Kirkpatrick, I.; ackroyd, S.; Walker, R. (2005). *The new managerialism and public service professions*. London : Palgrave-MacMillan.
- Kim, H.S. (1997). Theoretical thinking in nursing: Problems and prospects. In: Nicoll L.H., ed. *Perspectives on Nursing theory*. 3rd ed. philadelphia, PA: Lippincott.
- Kolb, D. A. (1984). *A experientiel Learning*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- Kron, T.; Gray (1994). A. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Interlivros.
- Lash, S. A reflexividade e os seus duplos. In: Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S. (2000). *Modernização reflexiva. Política, Tradição e Estética no mundo Moderno*. Oeiras: Celta.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence – essai sur un attracteur étrange*. Les Editions de l'organisation. Paris.
- Le Boterf, G. (1997). Construire la compétence collective de l'entreprise. *Gestion*, 22, nº3, Automne.
- Le Boterf, G. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Le Boterf, G. (2002). *Les Enjeux de la Gestion des Compétences et des Hommes*. Ordre des Experts Comptables, 21 ème congrès.
- Le Boterf, Guy (2003) *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- Le Moigne, J. L. (1977). *A teoria do sistema geral: teoria da modelização*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lee W; Cholowski K; Williams AK (2002) - Nursing students and clinical educator's perceptions of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *Journal of advanced Nursing*, Sep; 39 (5): 412-20.
- Leininger, M.M. (1981), *Caring: an essential human need*. New Jersey, Thorofare , Slack
- Leininger, M (1985). *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grunne and Stratton Inc.
- Leite, J. B.D; Porsse, M. C. S. (2005). Competição baseada em competências e aprendizagem organizacional: em busca da vantagem competitiva. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto. Alegre: Bookman.
- Lessard-Herbet, M.; Goyette, G.; Botin, G. (1990). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Lesne, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos. Elementos de Análise*. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Lewis, S. (2005). Saúde e Direitos Humanos. *Enfermeiros*, Set. (18), 55-67. Lisboa: Ordem Enfermeiros
- Lincoln, Y. S.; Denzin, N. K. (1994). The fifth moment. In: Denzin, N. e Lincoln, Y. S. (eds), *Handbook of qualitative Research*. Londres e Nova Iorque: Sage.
- Lincoln, Y. S., Guba (1985). *Naturalistic inquiry*. Berverly Hills: Sage.
- Littlejohn, Stephen W. (1988). *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*, Rio de Janeiro: Guanabara.
- Lopes, M. J. (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem. O enfermeiro como sujeito/objecto de investigação. *Revista Sinais Vitais*, (38), Setembro, 31-35.
- Lopes, M. J. (2003). A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem* nº8 Agosto, 63-74. Lisboa: Maria Fernanda Resende.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Macedo, A. P.(2004). Formação e qualidade em contexto hospitalar: uma reflexão crítica. *Enfermagem*, 2ª série Julho/Dezembro, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Magalhães, R. (2005). *Fundamentos da gestão do conhecimento Organizacional*. APGC, Lisboa: Edições Sílabo.
- Malglaiive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- Malglaiive, G. (1997). “Formação e saberes profissionais: Entre a teoria e a prática”. In: Canário, R. (Org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, Colecção Ciências da Educação, 53-60.
- Martin, C. (2003). IRSP, *Compétences individuelles, compétences collectives e processus de professionalisation*. Santarém : ESEnf Santarém, 16 Maio.
- Martin, C. (2004). Cuidados de enfermagem, uma disciplina: condições e desafios. *Enfermagem*, 2ª série Abril/Junho, Lisboa: APE.
- Maturana, R.; Varela F. J. (1980). *Autopoiesi and cognition - the realization of the living*. Holanda: D. Reidel Publishing.
- McDermott, R., (2001). *Nurturing Three Dimensional Communities of Practice: How to get the most out of human networks*. <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/dimensional.shtml> (24-05-07).

- McDermott. (2001.a) R., *Knowing in Community: 10 Critical Success Factors in Building Communities of practice*. <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/knowning.shtml> (24-05-2007).
- Mcmullan M.; Endacoh, R.; Gray, M A; Jasper, M.; *et al*, (2003). Portfolios and assesement of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. Feb; 41(3): 283-94.
- Medina M. J. L. (2006). *Deseo de cuidar y voluntad de poder, la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicaciones i Ediciones UB.
- Meleis, A.I. (1991). *Theoretical nursing: Development & Progress*. 2ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A.I. (1997). *Theoretical nursing: Development & Progress*. 3ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meretoja R., Isoaho H; Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced Nursing*, Jul; 47(2), 124-133.
- Morin, E. (1981). *As grandes questões do nosso tempo*. Lisboa: Noticias Editorial
- Morin, E. (1996). “Epistemologia da complexidade”. In: Schnitman, D. Fried (org.), *Novos Paradigmas, Cultura e Subjectividade*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 274-286.
- Morin, E. (1997). A complexidade e seus demónios. *Thot*. Associação Palas Athena, 66, São Paulo. <http://geocities.com/pluriversu> em 25-01-2005.
- Morin, E. (1999). *Repensar a reforma. Reformar o pensamento. A cabeça bem feita*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. UNESCO. Brasília: Cortez Editora.
- Morin, E. (2005). *A complexidade e seus demónios. Pluriverso – Complexidade, Política e Cultura*. www.geocities.com/pluriversu. 25-10-2005.
- NC Board of nursing. (2004). A reflective practice approach. *Tar Heel Nurse* May-June, 14,15.
- Neves, J. (2001). “Clima e Cultura Organizacionais”. In: Ferreira, J.M.C.; Neves, J.; Caetano, A. *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Neves, J.G.; Garrido, M.; Simões, E. (2006). *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais. Teoria e Prática*. Lisboa: Sílabo.
- Noddings (1984). *Caring: a feminist ethic*. Berkeley: University of California Press.

- Nonaka I; Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating*. New York: Company:.
- Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1997). *Criação de conhecimento na empresa*. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente. *Percursos*. Maio, 36-42. Setúbal. Instituto Politécnico. Escola Superior de Saúde.
- Nyhan, Barry. (1991). Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas. Perspectivas Europeias sobre competência de auto-aprendizagem e Mudança tecnológica. Bruxelas: ed. Itner Universidades Europeias.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Relatório Primavera*. Lisboa. <http://observaport.ensp.unl.pt/OPSS/Relatorios/RelatorioPrimavera2001.htm?page=1>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2004). *Relatório Primavera*. Lisboa. http://www.ensp.unl.pt/saboga/portalgest/relatorios/RP_2004.pdf
- Oderich, C. (2005). “Gestão de competências gerenciais: noções e processos de desenvolvimento”. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- OMS (1988). Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé. *Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé : la formation en équipe*. Genève: OMS (série de rapports techniques, 769).
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de enfermagem, versão alfa*, 19-06-2006
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2003 a). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paquay, Léopold; Perrenoud, Philippe; Altet, Marguerite; Charlier, Évelyne (Org). (2001). *Formando Professores, Profissionais, Quais as estratégias? Quais as competências?* São Paulo: Artmed.
- Paterson J. G.; Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. New York: Wiley Biomedical Publications.
- Paiva, A. *Sistemas de informação em enfermagem. Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Pearce, W. Barnett (1996). In: Schnitman, D. Fried (Org.). (1996). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjectividade*.

Porto Alegre: Artes Médicas.

- Pereira, T. Q. (1998) *As exigências do exercício da Profissão de enfermeiro e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de Ensino Superior Politécnico: Parecer Técnico*. DRHS, Ministério da Saúde, Março.
- Perrenoud, P. (2001). “O trabalho sobre o habitus na formação de professores: análise das práticas e tomada de consciência”. In: Paquay, L.; Perrenoud, P.; Altet, M.; Charlier, È. *Formando professores profissionais. Quais estratégias? Quais competências?* 2ª ed. São Paulo: Artmed.
- Perrenoud, P. (2002). *A Prática Reflexiva no Ofício de Professor. Profissionalização e Razão Pedagógica*. Porto Alegre: Artmed.
- Perrenoud, P.; Thurler, M. G.; Macedo, L.; Machado, N.; Allessandrini, C. D.(2002a). *As competências para ensinar no século XXI. A formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed.
- Perrenoud, P. (2004). *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Petraglia, I. (2002). Morin E. *Complexidade, transdisciplinaridade e incerteza*. http://www.arvore.com.br/artigos/htm_2002/ar0705_3.htm. 23-03-2005.
- Pires, Ana L. de Oliveira. (2001). O reconhecimento e validação das aprendizagens dos adultos no contexto europeu. *Revista formar* nº41, Lisboa: IEFP.
- Pires, Ana L. de Oliveira. (2002). *Educação e Formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- Pires, Ana L. de Oliveira. (2005). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem e de competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Polit, D.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: Cidine.
- Portugal, Ministério da Saúde (1994). *Manual de conceitos básicos para definição de níveis de dependência em enfermagem em medicina e cirurgia*. 2ª Versão. Lisboa: IGIF.
- Portugal, Ministério da Saúde, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2003). *Manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação*. (versão 2.0). Janeiro.

- Praia, J. (2004). Epistemologias científicas, epistemologias pessoais: ontologia(s) e zonas de fronteira. Sá-Chaves. *Disciplina Cultura Conhecimento e Identidade. Ciclo de conferências Espelhamento, Interrogação e Metamorfose*. Doutoramento em Didáctica com base curricular. Universidade de Aveiro. 19 de Nov.
- Raelin, J. (1985). The Basis for the professional's resistance to managerial control. *Human Resource Management*, 24(2), 147-175.
- Rafferty M.A. (2000). A conceptual model for clinical supervision in nursing and health visiting based upon Winnicott's (1960) theory of the parent-infant relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Ramos, E.; Bento, S. (2006). "As competências: quando e como surgiram". In: Ceitil, M. (org.). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo.
- Rebelo, T.; Gomes, A. D.; Cardoso. (2001). Aprendizagem organizacional e cultura: relações e implicações. *Psychologica*, 27, 69-89, Coimbra: Fac. de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Reinbold, M; Breillot, J (1993). *Gérer la compétence dans l'entreprise*. Lisboa: Ed. Gradiva.,
- Reis, M. M. S. (2006). *Análise do "sistema de classificação de doentes" centrada na actividade de trabalho dos enfermeiros no Centro Hospitalar do Médio Tejo – unidade de Torres Novas*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.
- Revans, R. W. (1980). *Action learning new techniques for management*. London: Blond & Briggs.
- Ribeiro, Deolinda, (2000) – *A Supervisão e o Desenvolvimento da Profissionalidade docente*. Porto: Porto Editora
- Richards, L. (2002) – *Introducing N6 a workshop handbook*. Victoria: QSR International Pty.
- Rogers, Carl (1983). *A terapia centrada no cliente*. Lisboa: Moraes.
- Rolo, C. (1996). *Formação em contexto de trabalho – dinâmicas formativas das professoras de uma escola de 1º ciclo do ensino básico*. Tese de Mestrado, FCT/UNL, Lisboa.
- Rosa, M. E. M. (2007). Dona ali em baixo, vamos então comer a sopa. A linguagem do enfermeiro na Interação com o doente em Contexto Hospitalar: Formas/Fórmulas de Tratamento e Diminutivo. *Associação Portuguesa dos Enfermeiros* (2ª série) Abril-Setembro, Lisboa: APE.
- Ruas, R. (2005). Gestão de competências: uma contribuição à estratégia das organizações. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.

- Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. (2005). *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Sá-Chaves, I. (1994). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva das práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Ministério da Ciência e Tecnologia.
- Sá-Chaves, I. (Org.). (2005). *Os “portfolios” também trazem dentro gente. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos*. Porto: Porto Editora.
- Sá-Chaves, I. (1997). “A formação de Professores numa Perspectiva Ecológica. Que fazer com esta circunstância?” In: Sá-Chaves, I. (Org.) *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação de Professores. Interpretação e Apropriação de Mudanças nos Quadros Conceptuais de Referência*. Santarém, ESES, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sá-Chaves, I. (2002). *Construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sá-Chaves, I.(2003). *Formação, conhecimento e supervisão*. Aveiro: Universidade
- Sá-Chaves, I. (2004). “Tendências para a Reconceptualização Curricular”. In: *CNE, Saberes Básicos de todos os cidadãos no Sec. XXI*. Lisboa, Ministério da Educação, CNE, 125-132.
- Sá-Chaves, I. (2004a). *Programa da Disciplina Cultura Conhecimento e Identidade*. Doutoramento em Didáctica com base curricular. Universidade de Aveiro, 2004.
- Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Santos, B. S. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, (23), 13-73. Coimbra: Faculdade de Economia da Faculdade de Coimbra.
- Santos, T. S., Duarte, M. E., Subtil, C. L (2005). A Declaração de Bolonha e a Formação na Área da Enfermagem. Relatório. *Enfermagem em Foco, ano XIV, Abri / Junho, nº59*.
- Schein, E. H. (1992). *Organizational culture and Leadership*. S. Francisco: Jossey Bass.
- Schein, E. H. (1994). Organizational and Managerial Culture as a Facilitator or Inhibitor of Organizational Learning. *MIT Sloan School of Management*. <http://learning.mit.edu>.
- Schnitman, D. F. (Org.) (1996). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjectividade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Schon, D. (1983). *The reflective Practitioner. How professionals think in action*. London: Basic Books.
- Schon, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner – Toward New Design for Theaching and Learning in the Professions*. USA: Jossey-Bass.
- Senge, P. (1990). *The Fifth discipline the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday Currency.
- Serrano, M. T. (1999). *Enfermagem na Saúde da Criança e Jovem. Que competências?* Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Enfermagem. Concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador.
- Serrano, M. T. (2004). *Notas de Campo. Disciplina Cultura Conhecimento e Identidade*. Doutoramento em Didáctica com base curricular. Universidade de Aveiro.
- Silva, L., M., G; Brasil, V., V; Guimarães, H., C., Q., C., P. Savonitti, B., H., R, A; Silva, M., J., P. (2003). *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*. <http://peadgravatai2.pbwiki.com/f/ARTIGOS.doc>.
- Silva, M. G. R. (2005). “Coach e papeis gerenciais”. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- Sousa, M. A. (2003). Reflectindo enfermagem o desafio dos desafios, vencer a dificuldade de ser enfermeiro em contextos de ruptura. *Ordem dos enfermeiros*. Lisboa: OE Maio, 1-14.
- Spencer, Jr., L. M. & Spencer, S. M. (1993). *Competence at Work –Models for superior Performance*. New York: John Willey & Sons, Inc.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. New York: Rinehart and Winston.
- Strauss, A. L.; Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative Research: Techniques and procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publication.
- Strauss, A. L.; Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2ª ed. Sage Publications.
- Streubert, H.J.; Carpenter, D.R. (1995). *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Streubert, H.J.; Carpenter, D.R. (2002). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams and Wilkins
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, Mai –

- Jun, 161-166.
- Swanson, K.M. (1998). Caring made visible. *Creative nursing*, 4(4), 8-13.
- Tavares, J. (1996). *Uma sociedade que aprende e se desenvolve. Relações interpessoais*. Porto: Porto Editora.
- Tavares, J. (2000). "Contributos psicológicos e sociológicos para uma escola reflexiva". In: Alarcão, I. *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Terra, J. C. C. (2000). *Gestão do Conhecimento*. São Paulo: Editora Negócio.
- Theil, J. P. (1989). L'auto Didaxie comme type d' apprentissage expérientielle. *Éducation Permanente* n° 100/101, Paris.
- Tomas, A. (2006). *Prática Reflexiva e/ou Comunidades de Prática? Os Congressos Portugueses de Informática (CPI)*. Instituto Politécnico de Setúbal. ESCE. <http://col.tagus.ist.utl.pt/tabid/83/Default.aspx> (24-05-07).
- Trayner, M. (1994). The views and values of community nurses and their managers: research in: progress – one person's pain, another person's vision. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 101-109.
- Trayner, B.; Matos, J. F.; Silva, A. F. (2006). Comunidade de Prática. *Revista Saber, COL – Change and Organizational Learning*, Lisboa, IST. UTL.
- Trigo, M.M. (1999). Os caminhos do próximo milénio. Tendências da educação e da formação das pessoas. *Dirigir*, (62), 3-8. Portugal: IEF.
- Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNESCO. Organização das Nações Unidas para a educação, Ciência e Cultura. Conselho Internacional da Ciência (ICSU), (1999). *Ciência para o século XXI – Um novo compromisso. Declaração sobre a ciência e a utilização do conhecimento científico*, Lisboa, UNESCO. [URL:http://www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt), 14.05.05.
- UOFC (2006). Unidade Operacional de Financiamento e Contractualização. *Relatório anual*. Lisboa. ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Varanda, J. (2004). Hospitais a longa marcha da empresarialização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, UNL, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, nº temático, p.4.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue*. Paris : ESF.

- Vinci, L. (2004). *L'élaboration d'un référentiel métier*.
- http://www2.esefg.pt/leonardo/leonardo/francais/3_leonardo_fr.pdf.
- Vieira, F; Varão, S. (2006). Metodologia e políticas de intervenção em gestão de competências. In: Ceitil, M.(org.). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo.
- Walby, S.; Greenwell, J; Mackay, L.; & Soothill, K. (1994). *Medicine and nursing – Professions in a changing health service*. London: Sage Publications.
- Watson, Jean. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de enfermagem*. Camarate, Lusociência.
- Wenger, E. (1996). “How to optimize organizational learning” *Healthcare Forum Journal*, July/Aug, pp.22&23, <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/index.shtml> (25-05-07).
- Wenger, E. (1998). “Communities of Practice. Learning as a Social System”, in: *System Thinker*, June <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/lss.shtml>. (24-05-07).
- Wenger, E.; Snyder, W. M. (2000). ” *Comunities of Practice: The Organizational Frontier*” in: *Harvard Business Review*, January-February, pp. 139-146. B-On, EBSCO host (25-05-07).
- Williams B. (2001). Developing critical reflection for Professional practice through problem-based learning. In: *Journal of advanced Nursing*, Apr; 34(1), 27-34.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education Permanente* n° 135, Paris.
- Woods, P. (1999). *Investigar a Arte de Ensinar*. Porto: Porto editora.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso*, 3ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zeichner, K.(1993). *A Formação Reflexiva de Professores: Ideias e prática*. Lisboa: Educa.
- Zhand Z; Luk W; Arthur D; *et al*, (2001). Nursing competence: personal characteristics contributing to effective nursing performance: *Journal of advanced Nursing*, Feb; 33(4), 467-474.
- Zimmer, M. V.; Boff, L. H.(2005). “A criação de conhecimento nas empresas: um estudo de caso sobre a adequação do modelo de Nonaka e Takeuchi a ambientes virtuais de trabalho”. In: Ruas, R.; Antonello, C. S.; Boff, L. H. *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.

ÍNDICE

- Abbot, 1988, 18
Abreu, 1997, 1, 42, 47, 105, 165, 319, 329
Abreu , 1999, 43
Abreu, 2001, 55, 56, 80, 283, 292
Abreu, 2003, 45, 47, 236
Abreu, 2007, 24, 25, 28, 31, 46
Alarcão , 1996, 106
Alarcão , 2000, 41, 45, 145, 294
Alarcão e Sá Chaves, 2000, 209
Alfaro, 1988, 28
AlheitI e Dausien, 2006, 43, 46
Ambrósio, 2004, 108
Amendoeira, 2006, 19, 27, 28
Amiguiño et al, 1997, 42, 48, 236, 317
Antonello, 2005, 62, 64, 317, 323, 324
Araújo, 2003, 116, 117
Argyris , 1991, 187
Argyris e Schon : Pires, 2005, 290
Argyris e Schon, 1978, 62
Argyris, Schon, 1996, 63, 323
Aubrey e Tilliete, s.d, 25
Bachelard, 1996, 115
Bagnato , s.d, 3
Barbier, 1991, 2
Bardin, 1977, 143
Barros, 2004, 3
Barrow, 1993, 64, 324
Barth, 1993, 106
Basto e Portilheiro, 2003:43, 30
Beaudichon, 2001, 213, 215, 232, 264
Beck et al, 2000, 313
Benner , 2001, 123
Benner, 1982, 24
Benner,2001, 123
Benson, 1973, 38
Bilhim, 2005, 57, 58
Bitencourt, citado em Ruas, 2005, 54
Durand, 123
Blumer, 1969, 117
Blumer, 1969, 117
Bogdan e Biklen, 1994, 116, 122, 139
Bolívar, 1997, 42, 62, 65
Bordieu: Beck et al, 2000, 24
Bordieu : Lash, 2000, 198
Bordieu : Perrenoud, 2001, 175
Bournard, 1999, 118
Bronfenbrenner , 1979, 141
Bronfenbrenner, 1989, 299
Bronfenbrenner , 1994, 46
Bronfenbrenner , 1996, 109, 290
Bronfenbrenner , 1997, 83, 239, 256
Bronfenbrenner , 2002, 5, 109
Bronfenbrenner, 2002, 110, 111, 112, 209
Burnard, 1997, 49, 50
Burnard,1997, 282
Cachapuz, 2004, 80
Caine e Caine : Day, 2001, 281
Campos, 2006, 39
Campos, 2007, 38, 253
Canário , 1994, 1
Canário , 1997, 1, 42
Canário, 2000, 4, 43, 108
Carapinheiro, 1993, 38, 257
Carapinheiro, 1998, 19, 328

- Cardoso 2000, 62, 65, 66
Carpenito, 1990, 30
Carper , 1978, 12, 240
Carvalho, 2006, 17, 19, 21, 35, 36, 38, 329
Castledine, 1998, 173
Ceitil, 2006, 78, 92, 105, 229
Chalmes, 1990, 28
CHMT, 2003:2, 321
CHMT, 2004, 243, 324
CHMT, 2005, 101, 323, 324
CHMT, 2005 a, 100, 101, 102, 104, 173, 315, 316, 322
CHMT, 2007, 170, 178
Clarke & Newman, 1997, 35
Collière, 2003, 185, 285
Comissão Europeia, 2001, 3
Commission of the European Communities, 2000, 42
Correia, 1979, 321
Correia, 1997, 105
Costa, 1986, 126
Costa, 1994; 2002, 1
Costa , 1998, 42, 43
Costa , 2001, 85
Costa , 2002, 23, 29, 42, 219, 223
Costa, 2001, 53, 80
Costa, 2001:, 105
Costa, 2002, 2, 83, 105, 106, 121
Costa, s.d, 31
Costa, s.d:, 14
Coulon (1995, 98
Coulon, 1995, 98, 117, 118
Craig e Smith, 2004, 115
Craig; Smith 2004, 115
Cresson, 1996, 2
Custódio, 2006, 76, 176
Damásio, 2000, 91
Davies, 1983, 38, 259
Day, 2001, 67, 80, 256, 278
Delamare Le Deist & Winterton, (2005:, 77
Deluiz , 2005, 2, 4, 106
Deshaies, 1992, 115
Dewey, J. 1989, 48
Dias, 2002, 1
Dias, 2006, 216
Dodgson, 1993, 64
Doenges & Moohouse , 1992, 239, 244
Dubar, 1997, 17, 23, 186
Dubar, 2000, 269
Durand; Blais: Gauthier, 2003, 123
Edwards, 1999, 11
Enriotti, 1991, 287
Erickson, 1986, 97
Espiney , 1997, 2
Evans, Lindsay, 1999, 64
Exworthy & Halford, 1999, 38
Faingold, 2001, 79
Fernandes, 2007, 27, 28
Fick, 2006, 98
Finuras, 2006, 58
Fiol, 1991, 58
Fiol e Lyles, 1985, 61, 288
Flanagan, Baldwin e Clarke, 2000, 53
Fleury, 2001, 77
Flick, 2005, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 125, 128, 133
FlicK, 2005, 97, 128, 147,
Fluck, 2001, 21, , 319, 321
Flucke, 2001, 76, 78
Follet, 1995: Hirota, Lanteline, 2005, 289

- Fortin, 1999, 143
Freidson , 1971, 17
Freidson 1994, 38
Friedberg, 1993, 22, 24
Gardner, 1983, 29
Gardner : Goleman, 1995, 224
Garvin, 1993, 64, 324
Gauthier, 2003, 119
Gherardi:: Antonello, 2005:21, 63
Giarse citado em Silva, et al, 2003, 216
Giddens: Lash, 2000, 195
Gil, 1999, 142
Giordan, 1996, 30
Goetz e Le Compte, 1984, 134
Goleman et al , 2002, 79
Goleman, 1995, 278
Gonçalves e Serrano, 2005, 3, 42, 53
Gonczi, Flanagan, 2000, 180
Gonczi: Flanagan et al, 2000, 183
Goodman: Flick, 2005:31, 118
Grau, 1996, 180
Guittet 1994, 4, 79, 80
Heritage: Flick, 2005, 117
Hesbeen, 2000, 1, 21, 105
Hill, 1996, 61
Huber, 1991, 61, 283
Hughes, 1981, 18
Hughes, 2005, 4, 107
Johns, 1995, 50
Johnson , 1972, 17
Jongensen: Flick, 2005, 130
Jordelina et al, s.d:7, 129
Josso, 2002, 42, 47, 167, 274, 273, 275, 276, 280
Joyce e Showers: Day, 2001, 278
Kérrouac, 1994, 13, 28, 186
Kikpatrick et al., 2005, 37
Kim, 1997, 12
Kirt e Miller: Lessard-Hèrbet, 1990, 130
Kolb, 1984, 54, 55, 291
Kron & Gray, 1994, 102, 173
Landry: Pires, 2002, 276
Larrosa Bondia, 2002, 277
Le Boterf, 1994, 4, 15, 80, 105, 271
Le Boterf, 1997, 184
Le Boterf, 2002, 79
Le Boterf, 2003, 80, 81
Leininger , 1985, 122
Leininger, 1981, 13
Leonardo da Vinci, 2004, 11
Lerbet, 2004, 74
Lessard-Hérbert: Goyette; Boutin, 1990, 97, 98, 115
Lessard-Hérbet, 1990, 122
Lewis: 2005, 15
Lincoln e Denzin, 1994, 269
Lincoln e Guba, 1985, 115
Littlejohn, 1988, 118
Lopes, 2006, 12, 147
Lopes, 2003, 97
Macdonald: Carvalho 2006, 19
Macedo, 2004, 35
Magalhães, 2005, 74, 146, 218, 240, 303, 310
Malglaive, 1995, 97, 98, 296
Marsick: Flanagan, 2000, 282
Martin , 2003, 13
Martin , 2004, 13, 14, 16
Martin, IRSP 2003, 80
Maturana e Varela, 1980, 73, 316

- McDermott, 2001a, 69
McDermott, 2001, 68
McMullan et al, 2003, 182
Mead citado em Dubar, 1997, 23
Medina, 2006, 17, 123
Meleis, 1991, 12, 13, 28
Mezirow, 1999, 51
Miguel, 1999, 115
Miles e Huberman, 2002, 122, 143
Monti & Tingen, 1999, 12
Monti & Tingen, 1999, 13
Morin, 2005, 344
Morin, 1981, 288
Morin, 1999, 290
Morin, 1997, 193
Morin, 2000, 105, 307
Bronfenbrenner, 107
Naphine, Abreu, 2003, 237
NC Board of Nursing, 2004, 91, 281
Neuser e Nagel: Flick, 2005, 127
Neves, 2001, 58
Neves e Simões, 2006, 214
Neves, 2001, 57
Noddings, 1984, 24, 41
Nonaka e Takeuchi, 1995, 74, 146, 161, 326
Nonaka e Takeuchi, 1997, 63
Nonaka e Takeuchi, 1995, 251
Nonaka e Takeuchi, 1998, 170
Nunes, 2007, 176
OE, 2003, 4, 14, 19, 20, 80, 83, 141, 186, 187, 201, 247, 248, 262, 281, 295
OE, 2006, 31
OPSS, 2001, 36
OPSS, 2004, 36
Pair, 2005, 3, 107
Paiva, 2006, 103, 203, 257
Pandit: Lopes 2003, 139
Patton, 1990, 145
Pearce: Schnitman, 1996, 76
Perrenoud, 2001, 25, 232
Perrenoud, 2002, 49, 192
Perrenoud 2002^a, 80
Perrenoud, 2002, 42, 236
Perrenoud, 2002^a, 245
Petraglia, 2000, 242
Petraglia, 2002, 181
Pires, 2001, 105
Pires, 2002, 43
Pires, 2005, 79, 271, 141
Polit e Hugler, 1995, 115
Portugal, 1992, 87, 209
Raelim, 1985, 38
Ramos e Bento, 2006, 94, 275
Rebelo et al, 2001, 61
Reinold et Breillot, 1993, 4
Reis, 2006, 103
Ribeiro, 2000, 45
Richards, 2002, 133
Rolo, 1996, 319
Rosa, 2007, 221
Sá-Chaves, 1994, 315
Sá-Chaves, 2000, 45, 83, 314
Sá Chaves, 2002, 42, 49, 108, 203, 225
Sá-Chaves, 2003:, 85
Sá-Chaves, 2004, 2, 80, 105
Sá-Chaves, 2004a, 42
Santos, 1987, 35
Schein, 1985, 58
Schein, 1992, 57
Schon, 1983, 289

- Schon, 1987, 48
Senge, 1990, 61
Silva : Paiva, 2006, 246, 299
Silva, et al, 2003, 216
Spencer & Spencer , 1993, 79, 148
Spradley, 1980, 5, 127, 128, 132, 136, 150
Strauss & Corbin, 1990, 136, 139
Strauss & Corbin, 1998, 133, 147
Streubeert e Carpenter, 2002, 115
Streubert e tal, 1995, 115
Susan Halford, Mike Savage e Anne Witz, 1997, 36
Swanson, 1998, 30
Tanner, 1990, 24
Tardif: 2003, 4, 80
Tavares , 1996, 202
Tavares, 1996, 158
Tavares, 2000, 41
Schein, 1994, 62
Tavares, 1996, 314
Terra, 2000, 47
Traynor, 1994, 37
Trigo, 1999, 3, 106
Triviños, 1987, 126, 143
UOFC, 2006, 103
Varanda, 2004, 3
Vasconcellos, 2002, 126, 142
Vermesch, 1994, 128
Walby, 1994, 37
Wang e Ahmed, 2002, 324
Wang e Ahmed: Antonello, 2005, 64
Watson, 2002, 29, 98, 184
Wenger , 1998, 68, 353
Wenger, 2000, 69, 324
Wittorski , 1998, 88, 145, 159, 202, 271
Woods, 1999, 250, 269, 271, 272
Zeichner , 1993, 49, 299

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- Decreto-lei 480/88, 20
Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro, 20, 46
Decreto Lei 161/96, de 4 de Setembro, 13, 20
Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, 13
Decreto Lei 353/99 de 3 de Setembro, 13
Decreto Lei nº 301/2002 de 11 de Dezembro, 99, 127
Portaria 1277/2001 de 13 de Novembro, 97, 99
Decreto Lei nº427-B/77, 20
Decreto-Lei n.º 233/2005, 99

SInBAD

Estes anexos só estão disponíveis para consulta através do CD-ROM.
Queira por favor dirigir-se ao balcão de atendimento da Biblioteca.

Serviços de Documentação
Universidade de Aveiro